

41
FACULTE DE MEDECINE DE PARIS

Année 1906

THÈSE

N° —

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le mercredi 18 juillet 1906, à 1 heure

Par **Paul BEAUDET**

De la Faculté de Médecine de Paris

LE

CHOLÉPÉRITOINE HYDATIQUE

Président : M. TERRIER, professeur.

*Juges : } MM. RECLUS, professeur.
MAUCLAIRE et GOSSET, agrégés.*

Le candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les diverses parties de l'enseignement médical.

PARIS

IMPRIMERIE DES FACULTÉS

A. MICHALON

26, Rue Monsieur-le-Prince, 26

1906

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Doyen	M. DEBOVE.
Professeurs	MM.
Anatomie.	P. POIRIER
Physiologie	CH. RICHET
Physique médicale.	GARIEL.
Chimie organique et chimie minérale.	GAUTIER.
Histoire naturelle médicale.	BLANCHARD.
Pathologie et thérapeutique générales.	BOUCHARD.
Pathologie médicale	HUTINEL.
Pathologie chirurgicale	BRISSAUD.
Anatomie pathologique	LANNELONGUE
Histologie.	CORNIL.
Opérations et appareils	MATHIAS DUVAL
Pharmacologie et matière médicale.	SEGOND
Thérapeutique	POUCHET.
Hygiène	GILBERT
Médecine légale.	CHANTEMESSE
Histoire de la médecine et de la chirurgie.	BROUARDEL.
Pathologie expérimentale et comparée.	DEJERINE.
Clinique médicale.	ROGER.
Maladies des enfants	HAYEM.
Clinique de pathologie mentale et des maladies de l'encéphale.	DIEULAFOY.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques.	DEBOVE.
Clinique des maladies du système nerveux.	LANDOUZY.
Clinique chirurgicale.	GRANCHER.
Clinique ophtalmologique.	JOFFROY.
Clinique des maladies des voies urinaires.	GAUCHER.
Clinique d'accouchements	RAYMOND.
Clinique gynécologique	LE DENTU.
Clinique chirurgicale infantile	TERRIER.
Clinique thérapeutique	BERGER.
	RECLUS.
	DE LAPPERSONNE
	GUYON.
	BUDIN.
	PINARD.
	POZZI.
	KIRMISSON.
	A. ROBIN.

Agrégés en exercice.

MM.			
AUVRAY	DUPRE	LEGUEU	RICHAUD
BALTHAZARD	DUVAL	LEPAGE	RIEFFEL (chef
BRANCA	FAURE	MACAIGNE	des trav. anat.)
BEZANÇON	GOSSET	MAILLARD	TEISSIER
BRINDEAU	GOUGET	MARION	THIROLOIX
BROCA (ANDRÉ)	GUIART	MAUCLAIRE	VAQUEZ
CARNOT	JEANSELMÉ	MERY	WALLICH
CLAUDE	LABBE	MORESTIN	
CUNEO	LANGLOIS	POTOGKI	
DEMLIN	LAUNOIS	PROUST	
DESGREZ	LEGRY	RENON	

Le Secrétaire de la Faculté : M. DESTOUCHES.

Par délibération en date du 9 décembre 1793, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A MES PARENTS

A MONSIEUR LE DOCTEUR DÉVÉ

PROFESSEUR SUPPLÉANT
A L'ÉCOLE DE MÉDECINE DE ROUEN
MÉDECIN DES HOPITAUX

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

MONSIEUR LE PROFESSEUR TERRIER

CHIRURGIEN DE LA PITIÉ
MEMBRE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE
COMMANDEUR DE LA LÉGION D'HONNEUR

AVANT-PROPOS

Les observations qui constituent la base de ce travail ont été réunies par notre maître le Dr Dévé, professeur-suppléant à l'École de Médecine de Rouen. Il les avait recueillies lui-même, dans la littérature française et étrangère, en vue d'un travail complémentaire qu'il comptait entreprendre incessamment sur l'affection particulière qu'il a été le premier à décrire, il y a quatre ans, dans la *Revue de Chirurgie*.

En nous abandonnant ce précieux matériel d'étude, recueilli patiemment depuis plusieurs années, et en nous permettant d'en faire l'objet de notre thèse inaugurale, notre maître nous a donné une marque de confiance dont nous lui sommes infiniment reconnaissant.

Nous voudrions que notre travail ne soit pas resté trop au-dessous de la tâche qui nous avait été confiée.

Cette tâche consistait à contrôler, redresser et compléter, à l'aide des vingt-sept nouvelles observations que M. Dévé nous chargeait de dépouiller, la description du « cholépéritoiné hydatique » qu'il avait donnée anté-

rieurement. C'était là, au surplus, un intéressant sujet, tout à fait à l'ordre du jour, et qui n'avait fait, depuis le mémoire de notre maître, l'objet d'aucune nouvelle étude.

Les conseils dont M. Dévé n'a cessé de nous aider au cours de ce travail, nous ont singulièrement facilité notre tâche ; et si nous avons réussi à la mener à bien, — ce que nous voudrions espérer, — ce serait surtout à eux que nous le devrions.

A la fin de nos études, nous sommes heureux de pouvoir adresser à tous nos maîtres nos plus vifs remerciements pour leur enseignement éclairé et leur bienveillance.

Nous adressons ces remerciements à M. le Directeur et à MM. les Professeurs de l'École de Médecine de Rouen ;

A nos maîtres dans les hôpitaux, MM. les D^{rs} PETIT-CLERC, BATAILLE, MARTIN, VALLÉE, LEREF, DIDIER.

HISTORIQUE

La première observation se rapportant à notre sujet a été rapportée par CHOMEL, dans le *Journal de médecine de Sédillot*, en 1821. Il s'agissait d'un homme qui, « à la suite d'exercices portés à l'excès », avait ressenti un brusque déchirement dans son abdomen, suivi de vomissements et de fréquentes évacuations alvines. La mort était survenue après quinze jours. L'autopsie montra qu'on avait eu affaire à la rupture d'un kyste hydatique du foie dans le péritoine : la cavité abdominale fut trouvée remplie d'un liquide trouble, *brunâtre*, dans lequel nageaient des acéphalocystes. A la surface inférieure du foie existait une poche à demi-pleine du même liquide.

La seconde observation est celle que CHARCOT a communiquée, en 1854, à la *Société de Biologie*, sous le titre : « Kyste hydatifère du foie faisant saillie à la face inférieure du lobe gauche de cet organe et ouvert à la fois dans le péritoine et dans les voies biliaires ».

Puis, de loin en loin, apparaissent d'autres observa-

tions isolées, qui passent inaperçues : FÖRSTER, en Allemagne (1862), BERTIN, en France (1868), FÉRÉOL, RICHARD (1880).

En 1886, dans la *Revue de Médecine*, QUEYRAT, puis BOITEUX publient, sous le titre de « kystes hydatiques du foie simulant une ascite et communiquant avec les voies biliaires », deux observations qui ressortissent sans aucun doute à l'affection qui nous occupe ; mais l'interprétation qu'ils en donnent, est complètement erronée. « Pour nous, écrit Queyrat, il s'agit là d'un énorme kyste hydatique, communiquant avec les voies biliaires ». « Il existe, dit Boiteux, une variété de vésicules dilatées, simulant des ascites, et dues à la communication d'un kyste hydatique avec la vésicule biliaire ».

Plus tard, en 1891, MAUNY, dans sa thèse inaugurale sur *les ruptures intra-péritonéales des kystes hydatiques du foie*, signale l'éventualité d'un « épanchement de liquide hydatique et de bile dans le péritoine » ; mais il envisage cet accident à un point de vue très étroit. Il s'attache simplement à démontrer que le mélange d'une certaine quantité de bile au liquide hydatique déversé dans le péritoine, n'aggrave pas nécessairement le pronostic, qu'il « ne constitue pas une gravité mortelle, comme on l'admettait jusqu'à ces derniers temps ». Il en rapporte trois exemples, (obs. Périer, Richard, Féréol), et fait allusion à deux autres cas (obs. Potain et Förster). Il ignore les faits de Chomel, Charcot, Bertin, Queyrat et Boiteux.

En somme, jusqu'au mémoire de M. DÉVÉ dans la

Revue de chirurgie, juillet 1902, l'affection que nous allons étudier était restée complètement méconnue ; les traités n'y faisaient pas la moindre allusion. Se basant sur vingt observations recueillies dans la littérature tant étrangère que française, notre maître a donné la première description d'ensemble des *épanchements bilieux péritonéaux aseptiques, consécutifs à la rupture des kystes hydatiques du foie dans l'abdomen* — complexe nosologique auquel il proposa de donner le nom de **cholépéritoïne hydatique**. Dans ce travail il en a précisé d'emblée l'anatomie pathologique, l'étiologie et la pathogénie, la symptomatologie et l'évolution, enfin le traitement.

Depuis, dans une communication à la *Société de Médecine de Rouen* (mars 1905), M. Dévé a étudié plus particulièrement la « valeur séméiologique des épanchements bilieux péritonéaux », à l'occasion d'un cas de kyste hydatique du foie rompu dans le péritoïne.

Enfin, dans son ouvrage sur *Les kystes hydatiques du foie* (mai 1905), il a consacré au cholépéritoïne hydatique un court chapitre dans lequel il a résumé les caractères anatomo-cliniques de l'affection (p. 94-95). On y trouve mentionnées de nouvelles observations, en particulier une observation personnelle inédite que nous allons rapporter *in extenso* dans ce travail.

ANATOMIE PATHOLOGIQUE

Comme l'a fait M. Dévé, dans son mémoire, nous étudierons successivement dans ce chapitre : 1° le liquide épanché ; 2° sa répartition dans la cavité abdominale ; 3° les lésions du péritoine ; 4° l'état de la poche hépatique.

1° *Le liquide.* — La couleur du liquide épanché dans la cavité péritonéale varie entre le jaune plus ou moins brunâtre et le vert foncé. On trouve indiquées, dans les observations, les différentes teintes suivantes : jaune, jaunâtre, jaune-d'ocre, jaune-safran, jaune foncé, brun jaunâtre, brun-sale, vert, verdâtre, gris-verdâtre, extrêmement vert, vert-foncé. Le liquide a été comparé, dans quelques cas, à du cognac, à de la chartreuse ; d'autres fois, à du café.

Mais presque toujours, sa coloration apparaîtra d'emblée due manifestement à la présence de la bile, avant tout examen chimique ou spectroscopique. Parfois même, il semble constitué par de la bile pure, si bien que cer-

tains auteurs ont cru qu'ils avaient ponctionné la vésicule biliaire énormément distendue.

Cette teinte quelle qu'elle soit, est rarement claire ; le liquide a, le plus souvent, un aspect louche, trouble, sale.

La saveur en est amère (Richard) ; l'odeur généralement nulle ou « fade » (Queyrat). Une mauvaise odeur est cependant signalée dans l'observation de Jalaguier ; une odeur d'hydrogène sulfuré, dans celle de Vital, où il s'agissait d'un cholépéritoine suppuré.

La réaction est neutre (Dupré, Queyrat), ou alcaline (Richard, Verco). La densité varie entre 1015 (Dupré) et 1104 (Queyrat).

L'albumine existe presque toujours en grande quantité, « nearly solid with albumine on heating » (Verco).

Chabrié qui a fait, dans le cas de Dupré, une analyse chimique très soignée du liquide, y a trouvé : des chlorures en grande abondance, des phosphates et de l'urée en petite quantité, des cholates et des taurocholates, des graisses et acides biliaires (1 0 0) ; il a pu, en ce qui concerne les pigments biliaires, établir la présence de la biliprasine et l'absence de la bilifuschine et de la bilirubine.

L'analyse quantitative a donné, dans le cas de Queyrat :

Albumine	185 gr. par litre.	
Graisses.	51	—
Urée	3,7	—
Chlorures	26	—
Mat. de la bile (ac. taurochol., bilirubine, cholestérine). . .	3,2	—

La quantité de bile était de 18 grammes pour 100 grammes de liquide dans le cas de Dupré, de 50 grammes par litre, dans celui de Queyrat. L'examen cholémétrique donnait $\frac{1}{2.500}$ de bilirubine dans le cas de Carnot.

L'examen microscopique du liquide, fait dans vingt observations, a permis de trouver: des granulations réfringentes, des cristaux d'héματοïdine (Queyrat), quelques hématies, des leucocytes polynucléaires neutrophiles (Dévé), éosinophiles (Carnot-Lereboullet), des macrophages contenant des cristaux de pigments biliaires (Devé), des gouttelettes graisseuses (Budor, Queyrat). Cet examen a montré aussi la présence, en plus ou moins grande abondance suivant les cas, de débris hydatiques: membranes, petites vésicules, scolex ou crochets. Six fois sur vingt cependant, et nous insistons sur ce point, l'examen fut négatif et ne montra pas le moindre crochet.

2° La *répartition de l'épanchement* est variable. Dans huit cas, il s'agissait d'une collection enkystée, sous-hépatique ou périhépatique, limitée par des adhérences (cholépéritoine partiel). En ce cas, l'épanchement se localise habituellement dans la moitié droite de l'abdomen

Dans trente-huit cas, le liquide occupait la totalité ou la presque totalité de la cavité abdominale.

Son *abondance* varie également. Certaines observations disent simplement que l'abdomen renfermait « une grande quantité de liquide ». Dans celles où les indications sont plus précises, on dit avoir retiré par

la ponction 2, 4, 7, 8, 9, 11, 13, 15, 25 et jusqu'à 40 litres de liquide (obs. XXXV).

3° Le *péritoine*, teinté par la bile en brun-verdâtre, est épaissi, rugueux, granuleux. Des adhérences soudent fréquemment, en une masse commune, l'estomac, le côlon, les anses de l'intestin grêle, l'épiploon, la face inférieure du foie, ou fixent l'un de ces organes à la paroi abdominale. Ce sont ces adhérences qui limitent parfois l'épanchement, en permettant un cholépéritoine partiel. La séreuse était, dans plusieurs cas, tapissée par une pseudo-membrane fibrineuse, fortement pigmentée par la bile, — membrane mince, comme dans le cas de Richard, ou, au contraire, épaisse (7 à 8 mm.), comme dans le cas de Duvé.

La séreuse péritonéale peut aussi présenter des kystes hydatiques. Cette éventualité est signalée onze fois sur nos quarante-sept observations ; mais sa fréquence est probablement plus grande, car beaucoup de ces observations sont très incomplètes ou se basent uniquement sur des constatations opératoires insuffisantes. L'*échinococcose secondaire du péritoine* se localise particulièrement, comme y a bien insisté M. Duvé, au niveau du grand épiploon et dans le bassin. Le chirurgien deva donc, au cours de la laparotomie, apporter une attention toute spéciale à l'exploration de ces deux régions.

La *pseudo-tuberculose échinococcique du péritoine* (Duvé) est mentionnée dans six observations (obs. V, VIII, IX, X, XXXVIII, XLVI). Cette lésion consiste en petites granulations du volume d'une tête d'épingle

à un grain de mil (dans l'observation XLVI, certaines d'entre elles atteignaient le volume d'une lentille). Ces nodules, disséminés sur toute la surface du péritoine et sur les épiploons, sont légèrement blanchâtres, ou gris-jaunâtres ou translucides ; ils font saillie à la surface de la séreuse.

« La structure histologique de ces granulations a été bien étudiée dans les travaux de Lehne, de de Quervain, et surtout de Riemann. Elle est, on peut le dire, calquée sur celle des véritables granulations tuberculeuses.

Le pseudo-tubercule échinococcique est constitué par une petite néoplasie conjonctive, tapissée à sa surface par l'endothélium de la séreuse et paraissant, par suite, logée dans le tissu cellulaire sous-péritonéal. On reconnaît immédiatement en son centre plusieurs cellules géantes avec leurs multiples noyaux. Ces cellules, plus ou moins nombreuses, sont entourées d'une zone de cellules épithélioïdes mélangées de cellules rondes. Mais, point capital et caractéristique, on trouve au milieu de la petite granulation, parmi les cellules géantes, des débris de cuticule immédiatement reconnaissables à leur aspect feuilleté et réfringent, et des crochets de forme pathognomonique. Dans certains cas, la petite néoformation tend à s'infiltrer de sels calcaires (1) ».

Ajoutons que la structure des pseudo-tubercules en question ne présente pas toujours une constitution

1. Dâvé, *Revue de Chirurgie*, 1902, p. 79-80.

aussi régulière. Tusini (ob. XXXVIII) a constaté chez sa malade un grand nombre de petites granulations gris-jaunâtres, paraissant de nature caséeuse, au milieu d'un tissu lardacé, mais il n'a pu découvrir de cellules géantes ni au centre, ni à la périphérie de ces granulations.

M. Dévé a pu reproduire expérimentalement cette pseudo-tuberculose échinococcique des séreuses, par l'inoculation au lapin de vésicules prolifères et de scolex. « Cette lésion semble être le résultat d'un processus de défense de l'organisme contre les éléments parasitaires qui se trouvent ainsi englobés et détruits » (1).

Mais M. Dévé insiste sur ce fait que certains nodules ne doivent pas être confondus avec ceux de la pseudo-tuberculose, dont ils diffèrent par leur structure et leur signification : ce sont les formations kystiques aux premiers stades de leur développement, qui, continuant d'évoluer, deviendront plus tard des kystes échinococciques secondaires.

4° Au niveau du foie, on trouve la *poche hydatique* rompue, généralement affaissée, « semblable à un bal-

1. « Il est à remarquer, écrit M. Dévé dans son ouvrage sur *Les kystes du foie* (p. 96), que c'est presque exclusivement dans les cas de cholépéritoine qu'on a rencontré la pseudo-tuberculose échinococcique. Dès lors, on pourrait se demander si ce n'est pas précisément à la présence de la bile qu'il faut attribuer cet arrêt dans le développement des parasites. Il n'en reste pas moins, d'ailleurs, qu'un certain nombre de kystes poursuivent leur évolution en dépit de ce contact ».

lon de caoutchouc crevé », de dimensions variant entre celles d'un gros œuf de poule, d'une orange, et celles d'une noix de coco, d'une tête d'enfant. La poche kystique contient un liquide bilieux, semblable à celui qui existe dans le péritoine. On y trouve, en outre, les restes de la vésicule mère, chiffonnés, ratatinés et fortement colorés par la bile, et souvent des vésicules filles affaissées. Dans deux cas (Guibal, Kablukoff), la vésicule parasitaire s'était complètement énucléée, laissant dans le foie une cavité vide ; cette vésicule mère était intacte et libre au milieu du liquide épanché dans l'abdomen.

L'orifice faisant communiquer le kyste rompu avec la cavité péritonéale est de forme et de dimensions variables, pouvant dans certains cas admettre le passage de deux doigts (obs. XII), de trois doigts (obs. XXVI), tantôt grand comme une pièce de 5 francs (obs. XXV), enfin, dans le cas de Kablukoff (obs. XLVII), ayant 8 centimètres de longueur.

Le siège de la rupture est des plus variables. Comme il est facile de le concevoir, il peut se rencontrer partout où les kystes viennent affleurer la surface péritonéale du foie : au niveau de la convexité comme de la concavité de l'organe, sur son lobe droit comme sur son lobe gauche.

Tantôt l'orifice de rupture apparaît immédiatement, il « saute aux yeux » pour ainsi dire, dès l'ouverture du ventre ; tantôt, au contraire, cet orifice est profondément situé, difficile à découvrir et encore plus malaisé à atteindre. On saisit toute l'importance que ce

fait peut avoir au point de vue opératoire. La rupture siégeait à la face inférieure du foie, « profondément vers le bord postérieur », dans l'observation de Jonnesco ; à la « partie postérieure de la face supérieure du lobe droit », dans celle de Kablukoff. Dans le cas de Charcot, la poche, située à la face inférieure du lobe gauche, s'était ouverte « dans l'arrière-cavité des épiploons ». Il faut ajouter à cela que l'orifice de rupture peut se trouver masqué par une néomembrane fibreuse, comme dans un cas de Duvé.

Le foie renferme souvent d'autres kystes que celui qui s'est rompu : c'était le fait dans les cas de Richard, de Choltehevnikoff, de Laveran, de Duvé, de Carnot, de Kablukoff et dans notre observation inédite.

Ce n'est qu'assez rarement qu'on a pu retrouver et déterminer les canaux biliaires rompus dans les kystes. Dans le cas de Richard (obs. III) il s'agissait de deux gros canaux de troisième ordre s'ouvrant largement dans la poche. Charcot (obs. XXI) a trouvé deux pertuis de 1 c. 5 sur 0 c. 5, siégeant sur la branche droite de bifurcation du cholédoque. Dans l'observation XLIV (Duvé) c'étaient de gros canaux biliaires aboutissant au hile.

Deux fois (obs. XXI, XLIV), le canal cholédoque était oblitéré par un amas d'hydatides. C'est là une particularité qui peut avoir un grand intérêt au point de vue de la pathogénie de la cholérragie interne et au point de vue chirurgical. Nous y reviendrons.

ÉTIOLOGIE. PATHOGÉNIE

L'analyse de nos quarante-sept observations montre que la rupture du kyste qui a déterminé le cholépéritoine est survenue dans treize cas d'une façon absolument *spontanée*. A cet égard, les trois observations suivantes sont particulièrement suggestives : le malade de Gratia était « au lit, dans le décubitus dorsal » lorsqu'il éprouva une sensation de déchirure interne accompagnée de la sensation d'un liquide coulant dans l'abdomen. La malade de Boiteux « se réveilla une nuit en ressentant une vive douleur » dans la région hépatique et elle constata qu'une tumeur qu'elle portait dans le flanc droit avait disparu. La femme dont Carnot a rapporté l'observation « vaquait à son ménage » quand elle perçut un chatouillement dans le dos, qui lui fit croire à une plaisanterie ; elle sentit en même temps sa tumeur s'affaïsser dans son ventre.

Dans quatre cas, la rupture s'est produite à l'occasion d'un *effort* plus ou moins insignifiant. Sept fois, elle a

été causée par un *traumatisme* véritable. Enfin, dans le cas très intéressant de Caffarena, elle a été réalisée par la *ponction* du kyste. Faut de renseignements suffisants, la cause déterminante de la rupture ne peut être précisée dans les autres cas.

Quelle est la *fréquence* du cholépéritoine hydatique ? Sur le nombre des ruptures intrapéritonéales de kystes du foie, combien y en a-t-il qui soient suivies d'épanchement bilieux ? C'est là une question difficile à résoudre car, ainsi que le fait observer M. Duvé, « la rupture des kystes passe souvent inaperçue, et, l'attention des auteurs n'ayant pas été attirée sur ce point, on n'a pas jusqu'ici pratiqué systématiquement soit une ponction, soit, et plutôt, la laparotomie, qui eussent permis de se rendre compte de la nature du liquide épanché ». L'observation inédite que nous rapporterons (obs. XLVI) est précisément un exemple très démonstratif de ces *cholépéritoinies hydatiques latents*.

La *pathogénie* du cholépéritoine hydatique a été étudiée en détails dans le mémoire de Duvé. Nous ne nous y attarderons pas. Nous nous bornerons à résumer ici les conditions qui expliquent la cholérragie intrapéritonéale à la suite de la rupture des kystes du foie.

a). — Certains auteurs (Davaine, Richard, Mauny, Jaboulay) ont pensé que la rupture des voies biliaires dans la poche *précédait* et *causait* la rupture du kyste dans le péritoine. En réalité, il semble bien qu'une poche dont le parasite est mort et renferme un mélange de liquide hydatique et de bile ait bien peu de

tendance à se rompre, du moins spontanément. Peut-être cependant, existe-t-il un cas particulier dans lequel cette éventualité peut se réaliser : nous l'indiquerons à la fin de ce chapitre.

b). — Dans un grand nombre de cas, sans doute, la cholérhagie intrapéritonéale qui suit la rupture du kyste est due à ce fait que déjà antérieurement à cette rupture, un canalicule biliaire s'était spontanément ouvert dans l'espace kystique périvésiculaire. La bile, dès lors, « continue de s'écouler, par la fistule préexistante, dans la poche et de là dans le péritoine » (Dévé).

Ce processus avait, d'ailleurs, été indiqué autrefois par Potain, ainsi que nous l'apprend Gratia. « La présence de bile, écrit-il à propos de son cas, est la conséquence de l'affaissement du kyste, après évacuation de son contenu. En effet, souvent les canaux biliaires sont en communication avec la cavité kystique, d'après M. Potain, sans qu'il y ait ulcération de leurs parois, et la bile ne s'écoule pas à cause de la pression excentrique qui affaisse ces conduits ».

c). — Mais souvent aussi, comme l'a démontré M. Dévé, et comme il en a donné les raisons anatomiques, *la rupture des voies biliaires dans le kyste est consécutive à la rupture du kyste dans le péritoine, et liée à son évacuation.*

En effet, les canaux biliaires emprisonnés dans l'épaisseur du kyste adventice, dû à l'atrophie du parenchyme hépatique sous l'influence de la pression excentrique et progressive de la vésicule hydatique, — ces canaux biliaires, grâce à la muqueuse qui les tapisse, persistent

avec leur lumière perméable. Dès lors, à la suite de l'évacuation plus ou moins brusque de la poche, lorsque la paroi kystique s'affaisse, ces canaux plus ou moins volumineux, plus ou moins superficiels, se rompent et déversent leur bile dans la poche affaissée.

La constitution histologique des canaux biliaires, qui explique leur rupture, explique en même temps pourquoi la *fistule biliaire* ainsi créée n'a que peu de tendance à se fermer. C'est bien, en effet, d'une véritable fistule biliaire qu'il s'agit, — d'une *fistule interne*, par opposition aux fistules externes que l'on observe si fréquemment à la suite de la marsupialisation des kystes. Dans l'un et l'autre cas, au surplus, la cholerragie reconnaît les mêmes causes.

Parmi ces causes, qui ont été étudiées avec le plus grand soin dans un très important travail du professeur Terrier et de Dujarier (1), il en est une qui, pour assez rare qu'elle paraisse être, n'en est pas moins des plus intéressantes au point de vue pathogénique. Nous voulons parler de la notion d'un *obstacle cholédocien*.

Dans leur travail, Terrier et Dujarier ont eu exclusivement en vue les cholerragies externes. Ils ont signalé comme obstacles susceptibles de s'opposer au cours de la bile, et par suite de produire la cholerragie « totale » : l'oblitération de l'hépatique ou du cholédoque par des vésicules ou des débris d'hydatides ; la compression de l'hépatique par un autre kyste passé inaperçu ; la pré-

1. TERRIER et DUJARIER. De la cholerragie dans les kystes hydatiques du foie. *Revue de Chirurgie*, 10 janvier 1906, p. 26.

sence d'un calcul ou d'un caillot enclavés dans le cholédoque; la coudure ou la torsion de ce canal à la suite du ratatinement de la poche; enfin, un gonflement inflammatoire de la muqueuse du cholédoque et de l'ampoule de Vater.

De ces diverses causes on a rapporté des exemples démonstratifs en ce qui concerne les cholerragies hydatiques externes. Or, elles peuvent fort bien *a priori* intervenir de même dans certaines cholerragies hydatiques internes. Il en est une, au moins, que nous trouvons signalée dans deux de nos observations (Charcot, Dévé) : c'est l'obstruction complète du cholédoque par des membranes et vésicules hydatiques. Dans ces deux cas, la bile devait refluer en totalité dans la poche hydatique, et de là dans le péritoine. Peut-être est-il permis de se demander, comme nous l'a fait observer M. Dévé, si l'obstacle cholédocien, en déterminant la rétrostase et l'hypertension biliaire en amont, n'a pas contribué, dans ces deux observations, à provoquer la rupture du kyste dans le péritoine ?

Quoi qu'il en soit, cette notion de l'oblitération éventuelle du cholédoque par des débris hydatiques dans certains cas de cholerragie interne, mérite d'être présente à l'esprit de l'opérateur qui, au cours de son intervention, devra explorer systématiquement les gros canaux biliaires excréteurs pour s'assurer de leur perméabilité.

SYMPTOMATOLOGIE

« Le cholépéritoine hydatique, arrivé à sa période d'état, se traduit en clinique par les symptômes de l'ascite en apparence la plus banale. »

Il s'agit d'un épanchement liquide occupant généralement la totalité de la cavité abdominale et au niveau duquel on retrouve et la sensation de flot et la mobilité de l'ascite vulgaire. Parfois, cependant, le liquide se déplace plus difficilement ; il s'agit d'un épanchement enkysté plus ou moins cloisonné.

Le liquide habituellement abondant, distend les parois abdominales, refoule le diaphragme et détermine une gêne respiratoire qui tôt ou tard rend la ponction nécessaire.

A part les douleurs dues à la distension exagérée du ventre, cette ascite est, dans la règle, absolument indolente. Elle ne s'accompagne qu'assez rarement de troubles digestifs ; on trouve généralement noté dans les observations que l'appétit est à peu près et même parfaitement conservé ; il n'y a pas de vomissements ;

les garde-robes sont régulières, les selles sont colorées. Il n'y a pas d'ictère. Il n'y a pas de fièvre. »

Telle est la description donnée par Dévé dans son Mémoire de la *Revue de chirurgie*, 1902. L'analyse des vingt-sept observations nouvelles, réunies dans le présent travail, n'apporte, comme on va le voir, que de légères retouches à ce tableau.

Sauf le cas de Charcot où le ventre était plutôt rétracté, toutes les observations notent que le ventre est volumineux, proéminent, tantôt étalé vers les flancs, tantôt soulevé en pointe (Gratia). La matité est tantôt limitée aux parties déclives, tantôt à peu près généralisée et ne respectant que l'épigastre ou le flanc gauche. Fluctuation et mobilité de l'épanchement se trouvent notées dans la plupart des cas ; dans le cas de Bertin cependant, dans celui de Queyrat également, la matité n'était pas modifiée par le décubitus latéral.

La douleur à la pression est indiquée dans un certain nombre d'observations (XXI, XXX, XXXII, XLV, XLVII) ; mais, dans la règle, et mis à part les accidents douloureux du début, les tiraillements dus à la distension du ventre et enfin les cas où l'épanchement est plus ou moins infecté, le cholépéritoine, dans la règle, est totalement indolent.

Les troubles digestifs sont de même très inconstants et d'ordre banal. On trouve bien mentionnés dans quelques cas : une douleur sourde pendant la digestion (obs. XXII, XXXIII), de la diminution de l'appétit (obs. XXXIII, XLV), des nausées sans vomissements (obs. XLVII), des vomissements (obs. XXXV), de la

diarrhée (obs. XXXIII). Mais, dans la majorité des cas, ces troubles sont véritablement insignifiants ou inexistants : « Jamais de douleurs, de vomissements ni de diarrhée » (obs. XXXVI) ; « appétit conservé, pas de vomissements, selles normales » (obs. XXIX) ; « selles régulières, pas de vomissements, appétit assez bien conservé » (obs. XLIII).

Quant à l'état général, il est, sauf complications, relativement assez peu atteint. L'amaigrissement (parfois très marqué), la pâleur, l'altération des traits sont cependant signalés dans plusieurs observations. D'autres, par contre, insistent sur la conservation de l'état général. Robinson dit expressément, par exemple, que l'état général de son malade était « bon », et que ce malade n'avait pas « cessé de vaquer à ses occupations ». Péricie note dans un de ses cas que « l'état général n'a jamais été particulièrement mauvais » ; son malade, atteint de cholépéritone depuis dix ans, venait presque chaque année se faire ponctionner à l'hôpital ! En tous cas, on ne rencontre de fièvre dans cette affection que en cas de suppuration de la poche hépatique ou, *à fortiori*, en cas d'infection de la collection péritonéale.

L'absence d'ictère constitue également un symptôme négatif sur lequel Dévé a particulièrement insisté dans son travail : elle est habituelle dans le cholépéritone hydatique. Et ce n'est pas la particularité de cette affection la moins remarquable ni la moins surprenante. On aurait pu croire, en effet, étant donné le grand pouvoir d'absorption dont est doué le péritoine, que l'ictère

devrait être, en pareils cas, constant et prolongé, puisque le liquide abdominal renferme toujours une très forte proportion de bile — parfois même de la bile à peu près pure. Et cependant, encore une fois, l'absence d'ictère cliniquement appréciable constitue la règle.

Dans quelques observations pourtant, on trouve noté un léger subictère (obs. XXVI, XLIV) ou un ictère net (obs. XXI, XLV, XLVII). Dans certaines autres (XXIX, XXXV, XLVI), l'ictère est apparu quelques jours après la rupture du kyste dans le péritoine et a été transitoire.

Nous ferons observer que, au moins dans deux des observations auxquelles nous venons de faire allusion (XXI, XLIV), l'ictère s'explique tout naturellement par l'oblitération absolue du cholédoque par des débris hydatiques. Peut-être s'expliquerait-il dans les autres cas par un certain degré d'angiocholite.

Quoi qu'il en soit, le plus souvent, les auteurs notent expressément, et non sans en marquer leur étonnement, qu'il n'y avait pas d'ictère et que les urines ne contenaient pas traces de pigments biliaires. « Les urines ne renferment ni pigments, ni sels biliaires, ni urobiline ni albumine » (obs. XLIII).

Peut-être, comme l'a fait remarquer M. Dévé, « les procédés délicats proposés et employés dans ces dernières années pour la recherche des pigments biliaires dans les humeurs de l'organisme permettraient-ils à l'avenir d'y déceler, dans des cas semblables, la présence de traces de pigments. Le fait serait d'ailleurs d'importance accessoire, et il faut retenir que le malade

porteur d'un cholépéritoine hydatique ne présente pas, au moins dans la règle, d'ictère cliniquement appréciable. »

« Ainsi : les signes physiques de l'ascite vulgaire, des troubles fonctionnels insignifiants ou nuls, une apyrexie complète, une altération peu accentuée de l'état général (pendant un certain temps, du moins), telle est, en résumé, la symptomatologie bien pauvre, négative pourrait-on dire, du cholépéritoine hydatique » (Dévé).

ÉVOLUTION

Nous venons d'envisager le tableau symptomatique du cholépéritoine hydatique arrivé à sa période d'état. Voyons maintenant quelle est la marche de l'affection.

« Le *début* est plus habituellement *brusque*. C'est là une notion importante » (Dévé). Il en a été ainsi, en effet, dix fois sur les quinze ou seize de nos nouvelles observations qui mentionnent plus ou moins explicitement le mode de début de l'affection. A la suite d'un traumatisme plus ou moins violent (accident, chute sur le ventre, contusion abdominale), parfois à la suite d'un simple effort, souvent de la façon la plus spontanée, « le sujet est pris d'une douleur subite et intense qui, d'abord localisée dans la région de l'hypocondre droit, irradie bientôt dans tout l'abdomen ; cette douleur détermine presque toujours chez le malade une défaillance qui peut aller jusqu'à la syncope et elle s'accompagne d'un état nauséux qui aboutit assez souvent au vomissement. Ce *syndrome de perforation* est lié, il est inutile de le dire, à la rupture du kyste hyda-

tique dans le péritoine. » Ce début solennel et en quelque sorte cataclysmique se retrouve particulièrement net dans nos observations XXI, XXII, XXVII, XXIX, XXX, XLV et XLVI.

Il est un dernier symptôme qui, lorsqu'il fait son apparition, vient donner pour ainsi dire la *signature* de l'origine hydatique des accidents : c'est l'*urticaire*. On trouve cette éruption mentionnée dans les observations II, VI, VII, VIII, XI, XX, XXVII, XXIX, XLI, XLV et XLVI.

Ces divers accidents ne tardent généralement pas à disparaître et il n'en reste guère qu'une sensation de courbature générale avec endolorissement abdominal, malaisés si atténués parfois, que les malades ont pu reprendre leur travail dès le lendemain. Mais alors, apparaît un nouveau symptôme qui va précisément révéler l'entrée en scène du cholééritoine : c'est le *ballonnement du ventre* accompagné des signes d'un *épanchement liquide*, lequel va aller en progressant. Dans quelques cas, l'épanchement péritonéal s'est produit de façon si rapide et si abondante qu'il a nécessité une ponction au bout de quelques jours à peine. Le plus souvent, ce n'est que cinq ou six jours après le syndrome douloureux initial que le liquide commence à se collecter dans l'abdomen. Parfois l'épanchement apparaît plus tardivement : dans l'observation XII il n'est devenu appréciable qu'un mois après la rupture; dans les observations XXII et XXIX, il paraît avoir débuté seulement six à sept mois après la rupture.

Nous dirons maintenant que ce début brusque ne se

retrouve pas dans toutes les observations. « Dans un certain nombre de cas, soit que l'interrogatoire n'ait pas été poussé dans ce sens, soit que le malade n'ait pas gardé le souvenir des accidents qui ont marqué le début de son affection, soit enfin que réellement le syndrome de rupture du kyste ait été extrêmement fruste, le début est impossible à préciser » (Dévé). Voici, par exemple, ce qu'on lit dans l'observation de Budor : « Le début des accidents remonte à deux ans environ. Les renseignements donnés par le malade à ce sujet, sont d'ailleurs peu précis, car il ne s'est guère inquiété de l'augmentation graduelle de son ventre, et cela parce que jusque dans ces derniers temps, sa santé restait bonne ; à peine avait-il un peu perdu l'appétit. Jamais il n'a souffert du ventre. »

Quoi qu'il en soit, un jour ou l'autre, la ponction est rendue nécessaire par la gêne progressive que détermine l'épanchement croissant, et elle donne issue à 8, 10, 15, 20 litres, voire davantage, d'un liquide bilieux sur les caractères duquel nous ne reviendrons pas.

La collection abdominale ne tarde généralement pas à se réformer et elle nécessite des *ponctions itératives* : 3 ponctions en 15 jours (obs. III) ; 2 ponctions en 15 jours (obs. II et XLV) ; 3 ponctions en 1 mois (obs. XXII) ; 2 ponctions en 1 mois (obs. I) ; 2 ponctions en 2 mois (obs. XXXIII) ; 3 ponctions en 3 mois (obs. VI et XXIX) ; 4 ponctions en 4 mois (obs. XIII) ; 5 ponctions en 5 mois (obs. XXX) ; 6 ponctions en 1 an (obs. X) ; 2 ponctions en 4 ans (obs. XXXV) ; 9 à 10 ponctions en 10 ans (obs. XXXVII).

L'affection peut rester longtemps compatible avec un état général relativement bon, et l'on a vu des malades continuer leurs occupations avec leur épanchement bilieux péritonéal pendant plusieurs années : le cas de Péricie et Lallie est particulièrement suggestif à cet égard (obs. XXXVII). Mais plus souvent, l'état général ne tarde pas à s'altérer : « les troubles digestifs apparaissent, les traits se tirent, la peau se pigmente et l'amaigrissement s'accuse de plus en plus ; le malade marche vers la cachexie. La mort peut survenir dans ces conditions ».

Comme le fait observer Dévé, cette altération de l'état général s'explique suffisamment par la *cholérrogie interne continue* qui se produit dans ces cas. On pourrait la rapprocher de l'amaigrissement qui survient chez les animaux de laboratoire porteurs d'une fistule biliaire. On peut plus étroitement encore l'assimiler à la cachexie que l'on observe parfois chez les malades atteints de cholérrogie hydatique externe (Kehr-Rausch, Quénu) et qui peut également aboutir à la mort : Terrier et Dujarier en ont rassemblé six exemples (2 cas de Kœnig, 1 de Lawson-Tait, 1 de Most, 1 de Kœrte, 1 de Mabit). M. Dévé nous en a indiqué deux autres : un de Thierry (1) et un de Tédénat (2).

La durée de l'affection est des plus variables. Elle a été d'une dizaine d'années dans le cas de Péricie et

1. THIERRY, *Gazette méd. de Paris*, 8 nov. 1890.

2. Tédénat in FURSTER et GODLENSKI, *Arch. gén. de méd.*, 23 mai 1905, p. 1299.

Lallie, auquel nous avons déjà fait allusion; de cinq ans dans l'observation XXXV; de quatre ans environ dans l'observation XXIX; de deux ans environ dans les observations XXII, XXVIII, XXXII, XXXVI. Par contre, dans plusieurs cas, la mort est survenue rapidement : cinq mois (obs. XXX), quatre mois (obs. III), deux mois et demi (obs. XLV), deux mois (obs. XXVI), vingt-deux jours (obs. XLIV) et même quatre jours (obs. XXI) après le début. Mais nous ferons remarquer immédiatement que dans ces derniers cas, on avait eu affaire à une *cholépéritonite* hydatique plus ou moins septique, survenue secondairement ou peut-être même d'emblée.

Le cholépéritoine hydatique ne présente, d'ailleurs, pas fatalement une évolution progressive. On a pu voir la fistule biliaire interne se tarir à la suite de ponctions répétées, après une seule ponction (obs. XI et XXVII), voire même sans ponction (obs. XLVI).

COMPLICATIONS

Les complications qui peuvent survenir, chez les malades atteints de cholépéritoine hydatique, sont de deux ordres : d'ordre spécifique, hydatique, et d'ordre infectieux, biliaire.

A). — Contrairement à une opinion restée longtemps classique, le contact de la bile ne détermine pas fatalement la mort du parasite hydatique. C'est ainsi qu'on a maintes fois vu des vésicules-filles persister limpides et vivantes au milieu d'un contenu kystique bilieux.

Et c'est ainsi qu'on peut voir les germes hydatiques, disséminés dans le péritoine par la rupture du kyste hépatique, se greffer dans les replis de la séreuse, et s'y développer *en dépit de la présence du liquide bilieux*. Le fait s'est produit dans onze de nos observations (obs. I, III, V, XI, XVII, XVIII, XIX, XXIV, XXVI, XXVII, XXXVI). Et nous devons faire remarquer qu'un certain nombre d'entre elles sont malheu-

reusement tout à fait incomplètes, et que dans d'autres, on ne possède que des constatations opératoires insuffisantes.

Cette résistance des éléments hydatiques à l'action de la bile, a du reste été expérimentalement démontrée par M. Dévé, en ce qui concerne plus particulièrement les scolex (1).

B. — La communication persistante de la poche kystique et du péritoine avec les voies biliaires, explique les deux autres complications qui nous restent à envisager. « Tant que les voies biliaires resteront aseptiques, la bile pourra s'écouler dans le kyste et, de là, dans le péritoine, sans inconvénients notables ; mais que survienne l'infection ascendante de l'arbre biliaire, et alors se produira : 1° la suppuration de la poche ; 2° la péritonite aiguë » (Dévé).

Le premier de ces accidents se retrouve dans quatre de nos observations (obs. I, V, X, XIX). Il était apparu, dans tous ces cas, après plusieurs années, « à une époque où la communication du kyste avec le péritoine s'était fermée : le péritoine était resté, par suite, à l'abri de l'infection ».

La *cholépéritonite hydatique* a été observée dans neuf observations (obs. XV, XXI, XXIV, XXX, XXXI, XLI, XLIV, XLV, XLVII). Tantôt elle a éclaté rapidement et, pour ainsi dire, d'emblée ; tantôt, au contraire,

1. DÉVÉ. De l'action de la bile sur les germes hydatiques. *Société de Biologie*, 17 janvier 1903.

elle est apparue secondairement et plus ou moins tardivement. Ces derniers cas sont particulièrement intéressants et importants à se rappeler : ils démontrent que le malade porteur d'un cholépéritoine, même bien toléré et complètement aseptique, est sous la menace permanente de l'infection biliaire.

DIAGNOSTIC

Le *diagnostic clinique* du cholépéritoine est très difficile ; on pourrait presque dire qu'il est impossible à porter à coup sûr.

Avant la ponction, en effet, rien ne distingue l'épanchement bilieux d'un épanchement ascitique banal. Ayant écarté les tumeurs de l'abdomen, vésicales, ovariennes, mésentériques ou rénales, grâce à leurs signes spéciaux, forme et localisation de la matité, sens de l'accroissement, symptômes fonctionnels, on pourra peut-être, en tenant compte des antécédents ou de l'état actuel du malade, rejeter successivement les diagnostics d'ascite cirrhotique, tuberculeuse, cancéreuse et pyléphlébitique. Si l'on s'appuie d'autre part sur le mode de début : syndrome de perforation survenu subitement, souvent d'une façon spontanée, et s'atténuant bientôt en ne laissant qu'une augmentation progressive et indolente du ventre, on pourra peut-être porter avec réserves le diagnostic de cholépéritoine.

D'autres signes, quand ils existeront, viendront ren-

dre plus hardi ce diagnostic : existence antérieure d'une tumeur de l'hypochondre droit, disparue en même temps que survenait le syndrome de perforation ; sonorité de l'hypochondre gauche ou de toute la moitié gauche de l'abdomen, produite par le refoulement de l'intestin ; apparition d'urticaire quelques heures après l'accident.

Malgré tout le diagnostic reste difficile, et l'on peut voir, en lisant les observations, que le diagnostic s'est égaré, tantôt sur des tumeurs ovariennes et pelviennes, d'autres fois sur l'oblitération de la veine porte, la péritonite tuberculeuse, une ascite de cause indéterminée, etc...

Lorsque le liquide est mis au jour par la *ponction*, l'examen spectroscopique et l'analyse chimique permettent d'affirmer que le liquide contient réellement de la bile. Il s'agit de savoir maintenant si l'on a ponctionné la cavité péritonéale ou la vésicule biliaire anormalement distendue. Ordinairement, quand l'épanchement occupe toute la cavité abdominale et présente la mobilité de l'ascite commune, l'hésitation n'est pas permise ; mais parfois, la question vaut qu'on s'en occupe puisque certains auteurs, à l'autopsie même, ont pensé que le liquide était, non pas à l'intérieur de la séreuse, mais dans la vésicule biliaire.

Il est vrai que Bouilly, Després, Bucquoy, Queyrat, Langenbuch (obs. XVI, XXIII, XXV, XXIX, XXXIV), ne se sont appuyés sur aucun examen histologique pour interpréter de cette façon certains cas que nous rapportons comme cholépéritoinies à cause de leur allure clinique et anatomo-pathologique. Quoi qu'il en soit,

puisque le doute est demeuré, même à l'autopsie, on conçoit qu'il puisse être permis durant la vie, dans le cas de cholépéritoine partiel.

Mais l'épanchement bilieux est mobile et généralisé ; il s'agit manifestement d'un cholépéritoine. Comment établir le *diagnostic de l'origine hydatique* de ce cholépéritoine ?

Tout d'abord, le microscope permettra souvent d'établir ce diagnostic étiologique par la découverte de débris hydatiques et parfois de l'éosinophilie. Dans le dépôt obtenu par centrifugation, le microscope montre des morceaux de membranes feuilletées, des scolex ou des crochets. Il n'y faut pas compter d'une façon absolue ; dans plusieurs cas on ne put découvrir le moindre débris d'hydatide. Même si l'on ne peut trouver de ces débris pathognomoniques, l'éosinophilie d'un épanchement bilieux (obs. XLV) fera penser à sa nature hydatique.

En l'absence de toute recherche microscopique, la clinique fournit trois arguments en faveur de l'origine échinococcique du cholépéritoine : l'existence d'une *tumeur hépatique* antérieurement reconnue, l'*urticaire*, le mode de *début*. Malheureusement, ces trois renseignements peuvent manquer simultanément. Plusieurs fois le cholépéritoine hydatique a été constaté à l'autopsie, chez des sujets n'ayant jamais présenté de tumeur de l'hypocondre droit. L'urticaire, excellent symptôme, quand il existe, fait assez souvent défaut. Le mode de début est d'un haut intérêt clinique. Quand on peut retrouver

le syndrome de perforation initial, et que la ponction ramène un liquide bilieux, le diagnostic de cholépéritoine hydatique s'impose presque. Mais il ne faut pas oublier que l'épanchement bilieux, consécutif à la rupture d'un kyste a pu s'établir sans bruit, si bien que le malade est parfois incapable de préciser l'époque du début des accidents. Or M. Dévé a justement montré que, dans les cas de ce dernier genre, on a pour ainsi dire toujours affaire au cholépéritoine hydatique.

Dans une communication à la Société de médecine de Rouen (1), étudiant la *valeur séméiologique des épanchements bilieux intra-péritonéaux*, notre maître établit en effet, que, en dehors des cas d'*ascite ictérique* (les seuls auxquels les classiques fassent allusion et qui n'offrent guère d'intérêt clinique), en dehors des faits très spéciaux d'ouverture des voies biliaires par *plaie pénétrante* de l'abdomen, on peut, en se plaçant au point de vue clinique, classer en quatre groupes les cas où la bile se répand dans le péritoine, directement, à la suite de la rupture des voies biliaires intra ou extra-hépatiques.

Premier groupe. — A la suite d'un *traumatisme* de la région hépatique, sans plaie de l'abdomen (coup de pied de cheval, coup de timon, chute sur l'abdomen, etc.), un épanchement abdominal se développe, accompagné de symptômes péritonéaux. Ceux-ci s'apaisent bientôt, tandis que l'épanchement continue de s'ac-

1. Séance du 13 mars 1905, *in Normandie médicale*, 1^{er} avril 1905.

croître ; une ponction exploratrice ramène de la bile plus ou moins diluée par une sérosité fibrineuse : On a affaire, *presque* à coup sûr, à une rupture des grosses voies biliaires extra-hépatiques. — Il est une réserve à faire à cet égard, réserve qui n'est habituellement pas formulée par les auteurs : le traumatisme peut avoir amené la rupture d'un kyste hydatique du foie resté ou non latent jusque-là (1).

Deuxième groupe. — Une malade présente des signes de *péritonite enkystée* sans ictère. A l'ouverture du ventre, on trouve une collection suppurée colorée par la bile : on a eu affaire à une péritonite biliaire enkystée autour d'une vieille cholécystite calculeuse rompue.

Troisième groupe. — Une femme ayant un passé lithiasique ou ayant eu récemment une fièvre typhoïde, présente le tableau clinique de la *péritonite par perforation*. La laparotomie fait découvrir un liquide bilieux trouble, extrêmement septique, ayant amené une vive réaction de la séreuse. En explorant les voies biliaires, on trouve une cholécystite calculeuse ou non, qui s'est rompue dans un péritoine libre, non protégé par des adhérences.

4° Dans une dernière catégorie de faits, on se trouve en présence d'une *ascite* survenue *spontanément* et rapidement. Cet épanchement péritonéal est indolent ;

1. Le fait s'est produit dans nos observations XI, XVII, XXII, XXIX, XXXIII, XLVI, XLVII. Dans ce dernier cas, on avait porté le diagnostic de rupture traumatique du foie.

il n'y a ni fièvre ni ictère. Le début seul a été marqué par des accidents péritonéaux, d'ailleurs éphémères. La paracentèse ramène, à la grande surprise du médecin, un liquide bilieux. « Je pense, dit M. Dévé, que dans ce dernier cas, on pourrait en quelque sorte du pied du lit du malade, porter le diagnostic de *kyste hydatique du foie rompu dans le péritoine*... En face d'un cholépéritoine aseptique, total, survenu spontanément, on devra penser en première ligne à la probabilité de son origine hydatique ».

Même au cours de la laparotomie, où il semble que tout devrait s'éclaircir, il est parfois impossible de poser un diagnostic ferme, vu la difficulté pour le chirurgien d'explorer le foie et tout l'abdomen qui se déroben sous des adhérences. La présence de granulations pseudo-tuberculeuses et surtout l'examen microscopique pourront alors être plus précieux que les constatations opératoires.

La présence d'un symptôme anormal permettra souvent de *diagnostiquer les complications* qui peuvent survenir.

L'ictère avec décoloration des selles, qui traduira l'oblitération du cholédoque, devra faire penser à la possibilité d'une obstruction du conduit par des débris hydatiques. Il s'agira parfois simplement d'angiocholite.

L'indolence et l'apyrexie sont la règle dans le cholépéritoine hydatique. L'élévation de la température et la sensibilité abdominale, éveilleront immédiatement l'idée d'infection biliaire. Il faut se rappeler, d'ailleurs,

qu'une infection atténuée peut exister avec une température normale.

Enfin, l'échinococcose secondaire du péritoine sera recherchée par une palpation attentive de l'abdomen et surtout par le toucher rectal ou vaginal, les kystes du bassin constituant l'une des localisations d'élection de l'échinococcose péritonéale secondaire.

TRAITEMENT

Pour essayer d'établir le traitement rationnel du cholépéritoine hydatique, examinons d'abord la conduite suivie habituellement par les chirurgiens en face des *cholérragies péritonéales simples, traumatiques*.

Certains chirurgiens considérant avec quelle facilité et quelle rapidité se ferme une fistule cholépéritonéale pratiquée sur des animaux de laboratoire, par ouverture de la vésicule biliaire, ont pensé que la simple ponction suffit dans les cholépéritoinies traumatiques, et que la rupture des voies biliaires, qui porte ordinairement sur la vésicule biliaire, se répare le plus souvent spontanément et promptement. D'autres chirurgiens, au contraire, lui préfèrent de beaucoup la laparotomie, surtout précoce. Terrier et Auvray, en particulier, regardent la ponction comme « une méthode aveugle et très souvent insuffisante, puisqu'il a eu le plus souvent reproduction incessante de liquide ».

Ces raisons mises en avant par Terrier et Auvray en faveur de la laparotomie, s'appliquent tout aussi légitimement

mement au cholépéritoine hydatique. Mais, dans ce cas particulier, qui nous occupe seul ici, d'autres raisons viennent s'ajouter aux précédentes : 1° Le *kyste hydatique rompu*, comme tout kyste hydatique, et même plus que tout autre, a besoin d'un traitement spécial; avec la ponction, il persiste, source toujours menaçante de diverses complications, dont l'infection est la plus redoutable. 2° Les *débris hydatiques*, mélangés au liquide bilieux, les vésicules-filles en particulier, sont trop volumineux pour qu'une ponction puisse les évacuer, et leur persistance fait courir au malade les risques d'une échinococcose secondaire. 3° La *fistule cholépéritonéale* d'origine hydatique n'a pas ou presque pas de tendance à s'oblitérer spontanément. Il ne s'agit pas, en effet, comme dans le cholépéritoine traumatique, d'une vésicule biliaire souple, d'un canal biliaire au contact avec le péritoine et dont on peut espérer l'obturation à la suite de la réaction de la séreuse ou par accolement de l'épiploon. On a affaire ici à un canal ouvert au fond d'une poche fibreuse et dont la lumière reste béante sous l'influence des mêmes causes qui se sont opposées à son oblitération au milieu du tissu du tassement périkyistique. 4° L'*oblitération éventuelle du cholédoque* par des vésicules nécessite une manœuvre spéciale pour désobstruer ce canal et permettre à la bile de reprendre son cours normal.

Le raisonnement *a priori* nous conduit donc à l'intervention chirurgicale. Examinons maintenant les résultats qui ont été obtenus en pratique, dans le cas du cholépéritoine hydatique, d'un côté par la ponction,

de l'autre par la laparotomie, et voyons si l'expérience se prononce contre le raisonnement.

A). — **18 cas ont été traités uniquement par la ponction.** — Résultats :

8 *morts* (après 1 ponction, obs. XXII, XXVI, XXVIII, XXXIII, XLIV; après 2 ponctions, obs. XXIV; après 3 ponctions, obs. III; après 5 ponctions, obs. XXX).

6 *guérisons* (après une ponction, obs. XI et obs. XXVII (1); après 2 ponctions, obs. I; après 2 ponctions suivies de drainage et lavage, obs. II; après 3 ponctions, obs. XXII et XXIX) (2).

2 *améliorations* (obs. XLII et obs. XXXVII; dans ce dernier cas, on devait renouveler les ponctions presque chaque année, mais l'état général restait bon).

2 *résultats inconnus* (2 ponctions, obs. XXXIV; 4 ponctions, obs. XIII).

B). — **13 cas ont été traités d'emblée par la laparotomie.** — Résultats :

6 *morts* (le deuxième jour, obs. IX; le troisième jour, obs. XVIII; le quatrième jour, obs. XXXVI; cholépéritonite, obs. XXXI et XLVII; au bout de 3 semaines, obs. XX).

1 *guérison opératoire* (obs. XLIII, pas de renseignements sur les suites ultérieures).

1. Il est à remarquer que dans ce cas, le malade restait encore atteint d'un « foie volumineux » et d'échinococcose secondaire du bassin.

2. Le malade qui fait l'objet de cette observation, conservait encore dans l'hypochondre droit « une tumeur régulière, arrondie, descendant à deux travers de doigt au-dessous de l'ombilic ».

6 *guérisons définitives*, après persistance plus ou moins longue d'une fistule biliaire (obs. IV, VII, VIII, XII, XXXVIII, XL).

C). — Dans 6 cas, la ponction étant restée inefficace, on a fait une *laparotomie secondaire* (après une ponction, obs. XLI; après 2 ponctions, obs. XXXIII, XXXV et XLV; après 3 ponctions, obs. VI; après 6 ponctions, obs. X). — Résultats :

5 *guérisons* (obs. VI, X, XXXIII, XXXV et XLI).

1 *mort* (obs. XLV) (1).

D). — Dans 1 cas, enfin, le cholépéritoine s'étant reproduit à la suite d'une *laparotomie simplement exploratrice*, on a pratiqué des *ponctions*. — Résultat :

1, *guérison* après deux ponctions (obs. V).

EN RÉSUMÉ :

25 cas traités par les **ponctions** ont donné :

7 *guérisons*, soit 28 0/0 (2) ;

8 *morts*, soit 32 0/0

6 *insuccès*, soit 24 0/0 } 56 0/0 ;

4 *résultats douteux* (2 améliorations plus ou moins notables, et deux résultats inconnus).

1. Dans cette observation, on a attendu deux grands mois avant de recourir à la laparotomie. On ne s'est décidé à cette intervention que lorsqu'on a vu que la malade « ne pouvait plus rien manger » et « se cachectisait de plus en plus ». La laparotomie évacua une « énorme poche constituée par l'extension antéro-inférieure d'un abcès sous-phrénique droit ».

2. En toute justice, on devrait peut-être joindre à ces cas les faits de *guérison spontanée*, sans ponction et sans *laparotomie*, du genre de notre observation XLVI.

20 cas traités par la laparotomie ont donné :

12 guérisons, soit 60 0/0 ;

7 morts, soit 35 0/0 ;

1 insuccès, soit 5 0/0.

Cet insuccès doit être mis à part. Il vient, en réalité, fournir un argument de plus en faveur de la laparotomie, comme l'observe Dévé. Dans le cas en question en effet, « la laparotomie a été purement exploratrice et n'a pas été suivie de drainage de la cavité péritoineale : elle a été sans résultat ».

Quant aux cas de mort, il est permis de penser que si l'intervention avait été plus précoce, le nombre en aurait été beaucoup moindre.

Nous concluons donc, comme l'avait fait notre maître M. Dévé, *en rejetant nettement la méthode des ponctions et en adoptant la laparotomie comme traitement de choix*. Cette laparotomie devra être *précoce*.

Deux points principaux bien distincts doivent être envisagés dans le traitement chirurgical du cholépéritoine hydatique : d'une part le traitement de l'épanchement péritonéal, et d'autre part le traitement de la poche hépatique.

A). — **Traitement du cholépéritoine.** — Le traitement de la collection bilieuse péritonéale consistera dans une *laparotomie évacuatrice* suivie ou non de *drainage*.

L'incision devra être médiane et large. Elle permettra ainsi d'explorer soigneusement toute la cavité abdominale, de trouver le siège du kyste rompu (parfois difficile à découvrir, comme nous l'avons vu), d'explo-

rer le reste du foie (cette exploration pourra faire constater la présence d'autres kystes intacts dans le foie); elle permettra surtout d'évacuer tout le liquide épanché dans le péritoine, avec les lambeaux fibrineux, les fausses membranes qu'il contient, et les débris hydatiques, les vésicules et les éléments échinococciques microscopiques qui ont été répandus dans l'abdomen par la rupture du kyste hépatique.

La toilette de la cavité péritonéale demande un grand soin. Il importe, en effet, pour éviter l'échinococcose abdominale secondaire plus ou moins tardive (observée dans un nombre important de cas), de détruire ou d'enlever tous les germes capables de donner naissance à de nouveaux kystes. Un frottement discret exercé avec des compresses sur la surface de la séreuse aurait l'avantage, en enlevant les fausses membranes fibrineuses teintées de bile, de détruire certaines granulations qui ne sont autre chose que de petits kystes aux premiers stades de leur développement.

Ce nettoyage mécanique terminé, convient-il de faire un nettoyage antiseptique? Périer (obs. IV) et Féréol (obs. II) ont pratiqué de semblables injections (eau phéniquée, naphthol camphré). Mais ces observations remontent à la période chirurgicale antiseptique. Outre qu'ils sont inutiles (1), ces lavages antiseptiques sont bien loin d'être sans inconvénients et sans dangers

1. Ils seraient bien probablement illusoires quant à leur action à l'égard des éléments hydatiques enkystés à la surface de la séreuse.

(en particulier pour ce qui concerne le naphtol camphré).

Il serait préférable, si l'on doit recourir à un lavage, de se servir de sérum physiologique stérile et chaud. Selon Dévé, « un large lavage à l'eau bouillie ou à la solution physiologique chaude aurait l'avantage d'enlever mécaniquement les lambeaux de membranes, les vésicules-filles et autres débris échinococciques qui pourraient rester cachés dans les multiples recoins de la cavité péritonéale ». Ce lavage aurait des chances d'être efficace surtout dans les cas où l'on peut intervenir d'une façon précoce, dans les jours qui suivent la rupture du kyste hépatique, avant que ne se soit produit l'enkystement des germes hydatiques répandus dans la séreuse.

B). — **Traitement du kyste hépatique.** — On sait que deux méthodes opératoires restent actuellement en présence pour le traitement des kystes hydatiques du foie : la marsupialisation et la réduction sans drainage ou méthode de Bond (1).

Parmi les reproches qui ont été faits à cette dernière, le plus important peut-être est que même dans les kystes à contenu simple, non bilieux, elle ne met pas à l'abri de la cholérragie consécutive, comme on l'avait tout d'abord soutenu, et que, lorsque cette cholérragie vient à se produire dans la poche suturée et réduite, elle constitue, pendant un temps plus ou moins long,

1. Pour l'historique de la question, consulter l'ouvrage de M. DÉVÉ, *Les kystes hydatiques du foie*, Paris, 1905, p. 147.

une menace pour l'opéré, à cause de l'infection toujours possible, toujours imminente, de cette collection intra-hépatique.

Sans doute « l'infection de l'arbre biliaire ne se produit pas fatalement dans tous les cas », comme l'accorde Dévé. Et si, en opérant avec une asepsie absolument rigoureuse, on pouvait être certain que cette infection soit évitée pour la suite, il n'y aurait sans doute pas grand inconvénient à laisser dans le foie une cavité — véritable « vésicule biliaire artificielle » (Dévé)—remplie de bile aseptique. Mais on sait bien aujourd'hui qu'il n'en est rien. M. Dévé le faisait déjà remarquer dans son travail de 1902 : « Tout dépend, disait-il (p. 94), de l'état, non seulement préalable, mais aussi ultérieur des voies biliaires. Et il est aussi impossible de diagnostiquer l'un que de prévoir l'autre ». C'est ce que Cranwell (de Buenos-Ayres), avec sa grande autorité, est venu affirmer au dernier Congrès de Chirurgie : « Nous pouvons être sûrs de l'asepsie de nos instruments et de nos mains, disait-il; nous ne pouvons pas répondre de l'asepsie de la bile ». Récemment, à la Société de Chirurgie, Quénu disait de même : « Je pense que le plus ou moins de perfection que nous observons dans la guérison est rigoureusement proportionnel aux qualités de la bile épanchée et à sa quantité ». — C'est précisément ce qui explique la fréquence des échecs de la méthode de Bond (dans son application aux kystes du foie) et c'est pourquoi beaucoup de chirurgiens opérant en « pays hydatique » ont progressivement abandonné cette méthode.

La conclusion de tout ceci est que, dans les cas que nous envisageons, la seule méthode à employer devrait être la *marsupialisation*, puisqu'ici la cholérragie n'est pas simplement éventuelle et « à craindre » pour l'avenir, mais qu'elle est déjà *réalisée*, puis qu'« il existe une fistule cholékystique préalable ». Et nous estimons avec M. Dévé que, « dans ce cas, *le drainage de la poche menacée par l'infection biliaire* nous paraît la conduite la plus sage, la plus prudente ».

Toutefois, nous devons dire que plusieurs chirurgiens (Delbet, Jonnesco, Quénu) ont appliqué la suture (avec ou sans capitonnage) à des *kystes envahis par la bile au moment de l'opération*, et que les suites de leur intervention n'ont pas été fâcheuses. D'autre part, Guinard et Quénu ont rapporté récemment à la Société de Chirurgie (1), des faits qui paraissent démontrer qu'une cholérragie, même légèrement septique, venant à se produire dans une poche réduite, « peut ne pas compromettre sa guérison prompte, par un procédé de résorption sans suture, aidée ou non par évacuation spontanée ou par ponction, mais non par incision franche » (Quénu).

Peut-être donc pourrait-on tenter la suture de la poche envahie par la bile, dans le cas qui nous occupe. Le *capitonnage* de Pierre Delbet présenterait ici l'avantage de limiter l'épanchement de bile dans la poche réduite et de maintenir, au moins approximativement,

1. *Société de Chirurgie*, 19 juillet 1905 et 17 janvier 1906. ¹

son affaissement. En tous cas, il serait prudent de *drainer au contact de la poche réduite*.

Mais on ne doit pas oublier que cette manière de faire présente de grands *risques* (suppuration, péritonite, complications septiques à distance). Aussi la marsupialisation, moins brillante sans doute et beaucoup plus lente que la réduction sans drainage, nous semble-t-elle, encore une fois, la conduite la plus « sûre » (Cranwell), la plus « sage » (Dévé).

Cette marsupialisation sera, comme il est facile de le comprendre, constamment suivie d'une cholérragie plus ou moins abondante, plus ou moins durable, plus ou moins tenace, à laquelle on pourra appliquer les divers traitements qui ont été bien étudiés par le professeur Terrier et Dujarier dans leur récent travail de la *Revue de Chirurgie* et dont la description et les indications nous entraîneraient trop loin.

Nous voulons rappeler seulement que la cholérragie externe totale peut être causée par l'oblitération du cholédoque par des vésicules hydatiques. On devra donc, au cours de l'opération, explorer avec soin ce canal et s'assurer qu'il est normal et perméable. En cas contraire, on devrait pratiquer le cathétérisme des voies biliaires et le drainage de l'hépatique, comme Kehr et Rausch l'ont fait dans un cas, avec un plein succès.

Enfin, avec notre maître M. Dévé, nous rappellerons en terminant « que le malade, guéri de son cholépéritone, guéri de son kyste du foie, n'en est pas moins exposé encore à l'éclosion tardive de kystes secondaires

de la cavité abdomino-pelvienne. Le chirurgien ne devra pas l'oublier ; et par un palper attentif et répété, par le toucher rectal et vaginal, il en surveillera, pendant plusieurs années, l'apparition possible ».

OBSERVATIONS

1°. — **Observations réunies dans le Mémoire de DÉVÉ,**
Revue de Chirurgie, 1902, n° 7, p. 67-109.

Obs. I. — FOERSTER. — *Arch. der Heilk.*, 1862, 2 heft, et
Arch. gén. de méd., 1862, t. XX, p. 485.

Obs. II. — FÉRÉOL. — *Union médicale*, 1880, n° 71.

Obs. III. — RICHARD. — *Gaz. hebdom. de méd. et chir.*,
30 avril 1880.

Obs. IV. — PÉRIER. — *Mercredi médical*, 1890, p. 499, et thèse
MAUNY, Paris 1891, p. 33.

Obs. V. — DEBOVE et SOUPAULT. — *Soc. méd. des hôpitaux*,
9 déc. 1892 et 19 oct. 1894.

Obs. VI. — MANSELL-MOULIN. — *Soc. of pathol. London*, 19 janv.
1892, et in *Semaine méd.*, 1892, p. 35, et in *Bulletin
méd.*, 1892, p. 125.

Obs. VII. — JABOULAY et BRET. — *Province médicale*, 1896,
p. 601.

Obs. VIII. — DE QUERVAIN. — *Centralbl. f. Chir.*, 1897, n° 1.

Obs. IX. — RIEMANN. — *Keimzerstreuung des Echinococcus*,
Inaugural-Diss., Rostock, 1899, obs. I.

Obs. X. — RIEMANN. — *Ibid.*, obs. IV.

- Obs. XI. — JALAGUIER-BROCA. — *Soc. de Chirurgie*, 21 mars 1900.
- Obs. XII. — DÉVÉ. — De l'échinococcose secondaire, *Thèse* Paris, 1901 (obs. XCV, p. 204).
- Obs. XIII. — DUPRÉ. — Les infections biliaires, *Thèse* Paris, 1891 (obs. I).
- Obs. XIV. — BEALE. — Anal. in *Médecine moderne*, 1897, p. 531.
- Obs. XV. — CHOMEL. — *Journal de Médecine de Sédillot*, 1821, et in thèse PARMAIN, Paris, 1880.
- Obs. XVI. — BOUILLY. — *Bull. Soc. anat.*, 1872, p. 432.
- Obs. XVII. — JONCK. — *Revue russe de médecine*, 1890, n° 51, d'après Alexinsky.
- Obs. XVIII. — BECKMANN. — *St-Petersb. medic. Wochenschr.*, 1892, n° 45, d'après Alexinsky.
- Obs. XIX. — CHOLTSCHÉVNIKOFF. — *C. R. de l'Inst. anat. de Kronstadt*, 1892, d'après Alexinsky.
- Obs. XX. — RISS. — *Marseille méd.*, 1901, p. 211.

2°. — Nouvelles observations de cholépéritoine.

Observation XXI

CHARCOT (*Soc. de Biol.*, 1854, p. 99).

« Kyste hydatifère du foie faisant saillie à la face inférieure du lobe gauche de cet organe et ouvert à la fois dans le péritoine et dans les voies biliaires ; obstruction et dilatation considérable du canal cholédoque par des débris d'hydatides ; ictère, épanchement de bile dans le péritoine, péritonite intense. »

Homme de 47 ans, cuisinier, extrêmement affaibli, dépérit et souffre depuis quatre mois environ. Oppression, Douleur sourde, profonde et continue de la région du foie. Jamais de coliques hépatiques. Jaunisse très marquée, apparue il y a trois mois ; accompagnée, au début, de vomissements, puis de diarrhée.

Le 19 juillet. — Il est pris tout à coup de douleurs hépatiques vives qui se répandent dans toute l'étendue du péritoine. Le facies s'altère presque aussitôt ; cyanose et algidité des extrémités.

A son entrée à l'hôpital, le 20 juillet, ictère foncé presque vert ; maigreur prononcée ; facies grippé ; extrémités froides et cyanosées. Douleur très vive à la pression dans tout l'abdomen, plus prononcée sous les fausses-côtes droites. Le ventre n'est pas volumineux ; il est plutôt rétracté. Urines non albumineuses, mais fortement chargées en pigment.

Les jours suivants, les symptômes vont en s'aggravant. Le malade succombe le 23 juillet, quatre jours après le début des accidents.

AUTOPSIE. — Péritonite généralisée très intense.

Entre la face supérieure du foie et la paroi abdominale, collections enkystées remplies par un liquide d'un jaune foncé, « ayant tout à fait l'aspect de la bile et tenant en suspension des flocons albuminuriques ».

Les circonvolutions de l'intestin sont accolées les unes aux autres par des fausses membranes molles, de formation évidemment très récente, et teintées en jaune par de la matière colorante de la bile. Une certaine quantité de liquide d'un jaune foncé se rencontre dans les parties les plus déclives de la cavité abdominale.

Le canal cholédoque est extrêmement volumineux. Il est distendu par un amas d'hydatides baignées et teintées par la bile. Ces fragments s'étendent jusque dans la ramification principale gauche du canal cholédoque qui est très dilatée. La ramification du côté droit est également fort distendue, mais par de la bile seulement.

On découvre à la face inférieure du lobe gauche du foie une cavité hémisphérique pouvant loger un gros œuf de poule. Cette poche s'ouvre largement dans l'arrière-cavité des épiploons. Il s'en échappe une large membrane hydatique. La face interne de ce kyste est tapissée par une matière d'apparence caséeuse, teintée de bile. Sa cavité communique largement avec la branche droite de bifurcation du canal cholédoque par deux pertuis ayant environ 1 cm. $1/2$ de long sur $1/2$ centimètre de large.

La cavité du kyste ne contient pas de débris d'hydatides, non plus que le liquide épanché dans l'abdomen.

Aucune altération de structure du foie ni des autres organes.

Observation XXII

BERTIN (*Union médicale*, 3^e série, t. VI, 1868, p. 240).

Homme de 28 ans, porteur d'une tumeur hépatique depuis l'âge de 14 ou 15 ans. On diagnostique un kyste hydatique, mais on se « borne à conseiller un traitement dirigé contre l'état général, qui pouvait avoir sur la tumeur une action résolutive ».

Le 1^{er} septembre 1861. — A la chasse, chute sur le ventre. Une douleur atroce se fit aussitôt sentir; des vomissements ver-

dâtres apparurent ; le ventre augmenta rapidement de volume, en même temps qu'il devenait très sensible à la moindre pression ou au moindre mouvement.

Malgré une péritonite des plus intenses, le malade se rétablit rapidement et put faire dès le 25 septembre un voyage de 100 kilomètres en chemin de fer pour retourner dans sa famille. Convalescence courte ; le ventre reste volumineux. Retour à la chasse dès le mois de novembre. La marche détermine très vite la fatigue ; douleurs sourdes pendant la digestion ; le ventre augmente insensiblement.

Le 17 avril 1862. — Le lendemain d'une chasse, le malade dut se mettre au lit, dans un état inquiétant.

Le ventre était tendu, les jambes infiltrées, la respiration gênée. Il existait une matité de tout l'hypocondre droit, tandis qu'on trouvait du côté gauche une sonorité indiquant que les intestins y étaient refoulés. Le décubitus latéral ne modifiait pas les rapports de la matité et de la sonorité. A partir de ce moment le malade allait s'affaiblissant ; le ventre augmentait de volume. Urines rares, presque nulles ; constipation avec matières grises.

Le 7 mai. — Devant la gravité de la situation, le malade accepte la ponction. « Le trocart plongé au lieu d'élection, donna issue à un liquide jaune d'ocre, trouble, rempli de petites vésicules, les unes de la grosseur d'un grain de chènevis, les autres de la grosseur d'un grain de raisin ». On eut 16 litres de liquide qui présenta le lendemain un dépôt de 2 à 4 centimètres d'épaisseur, formé par la matière colorante de la bile et par un nombre considérable d'hydatides flétries.

Ce fut une résurrection, et, pendant la nuit, les reins, n'étant plus comprimés par la masse de liquide, sécrétaient 5 à 6 litres d'une urine claire et limpide.

Tout alla bien pendant quelques jours. Mais bientôt, le ventre augmentait de volume, et le 21 mai, le malade réclamait une seconde ponction. Quinze litres de liquide identique à celui de la première ponction, quoique un peu plus clair ; vésicules aussi abondantes. Amélioration.

Le 7 juin. — Dix-huit jours après, troisième ponction qui donna issue à 10 litres environ du même liquide. Manœuvre avec un chalumeau de paille, à cause des hydatides flétries s'engageant à chaque instant dans la canule. A la suite de cette ponction, ventre douloureux, frissons.

Dans la nuit du 21 au 22, pressant besoin d'aller à la garde-robe ; une évacuation très abondante, suivie de plusieurs autres sans interruption, donna 8 litres au moins d'un liquide analogue en tous points à celui des ponctions ; seulement les débris membraneux des kystes étaient plus volumineux et l'un d'eux couvrait plus que la main. La voussure abdominale avait disparu.

A partir de ce jour, le malade évacuait une ou deux fois par vingt-quatre heures une certaine quantité de liquide. Appétit meilleur, amélioration progressive ; « au mois de septembre, il se regardait comme complètement guéri ».

Pendant l'hiver 1863-1864, chasse, excès, fatigue. Au printemps, maigreur, douleur, frisson, fièvre, diarrhée, augmentation de volume du foie, ictère. Ouverture d'un abcès dans le poulmon.

Mort le 20 avril. Pas d'autopsie.

Observation XXIII

DESPRÉS (*Soc. Anat.*, 1873, p. 418), à l'occasion d'une présentation de Sevestre (kyste hydatique rompu dans les voies

biliaires) prétend qu'il « a vu la vésicule biliaire, considérablement distendue par des hydatides, venir descendre jusque dans une hernie inguinale ».

Observation XXIV

VITAL. *Gaz. méd. Paris*, 1874, p. 274.

Homme, 40 ans. Ascite ; deux paracentèses. Pas de renseignements sur la nature du liquide. —

Autopsie. — Vaste poche occupant la partie droite de la cavité abdominale, étendue du pubis à la face inférieure du grand lobe du foie. Cette poche contient un peu plus de vingt litres d'un pus jaunâtre, épais, exhalant l'odeur de l'hydrogène sulfuré, renfermant d'innombrables hydatides.

Autre poche adhérent par sa base à la face concave du foie, et renfermant plusieurs membranes opaques et concentriques et une matière jaunâtre, épaisse et sans odeur.

On trouve encore trois autres kystes : un, dans l'arrière cavité des épiploons renfermant des membranes et une matière épaisse ; un second appendu au bord libre du grand épiploon ; le troisième adhère au sommet de la vessie et renferme des membranes et une sérosité semblable à de l'eau claire.

Observation XXV

BUCQUOY, *in* Thèse DUCLAUX, Paris, 1875, p. 20.

« L'introduction des hydatides dans la vésicule du fiel, à la suite de l'ulcération de cette dernière par les parois du kyste, s'est présentée dans le service de M. Bucquoy, à l'hôpital Cochin,

il y a quelques années. Chez ce malade, le lobe droit du foie était transformé en une vaste poche et la vésicule tellement accrue qu'elle s'étendait du foie à la fosse iliaque droite. La communication entre le kyste et la vésicule atteignait la largeur d'une pièce de 5 francs ».

Observation XXVI

MURCHINSON, *Obs. XXXVIII*, p. 124.

Enfant de 15 ans. Bonne santé jusqu'à l'âge de 3 ans. A 3 ans, chute grave sur le côté droit ; depuis elle ne s'est jamais bien portée.

Il y a neuf ou dix ans, on a remarqué qu'elle avait une tuméfaction du côté droit de l'abdomen.

Elle était même rentrée à l'hôpital où l'on avait voulu la ponctionner. La tumeur continua à augmenter de volume sans causer de douleur. Quatre semaines avant son entrée, à la suite d'une scarlatine, la tumeur s'est accrue rapidement et est devenue douloureuse par instants.

Entrée à l'hôpital le 26 août. Figure et extrémités émaciées ; conjonctives légèrement subictériques. Abdomen volumineux, fluctuation évidente. Urines chargées de bile.

Le 3 septembre, la dyspnée et la douleur devinrent telles qu'on fit la paracentèse. On retire 248 onces d'un liquide brun sale (ni examen chimique ni examen microscopique).

La malade fut très soulagée, mais trois jours après, la tumeur augmenta rapidement et le 26 septembre, elle était devenue plus volumineuse qu'avant la ponction. Mort.

AUTOPSIE. — A l'ouverture du ventre, il s'écoula environ

14 pintes de liquide jaunâtre. La cavité abdominale était en grande partie, jusqu'au pubis, tapissée par une membrane gélatineuse très adhérente. Plusieurs kystes secondaires nageaient au milieu du liquide de la vaste poche abdominale. En suivant les parois de celle-ci, on voyait qu'elle se continuait avec un kyste du volume d'une tête d'enfant, dépendant de la face inférieure du foie. « En fait, les deux poches ne formaient qu'un seul kyste en forme de sablier, et le canal qui les réunissait était assez large pour admettre trois doigts ».

Vésicule biliaire vide, atrophiee.

Second kyste, gros comme un œuf d'oie, rattaché au lobe gauche du foie par un pédicule.

Troisième kyste, situé à la face supérieure du lobe droit, très adhérent au diaphragme et refoulant fortement la plèvre.

Observation XXVII

GRATIA (*Presse médicale belge*, 1883, n° 3, p. 17).

Homme de 40 ans, qui remarqua un jour, par hasard, qu'une tumeur occupait son hypocondre droit. Quatre mois plus tard, étant au lit, dans le décubitus dorsal, il éprouva une sensation de déchirure en même temps qu'une sensation de liquide coulant dans l'abdomen. Tout cela se passa presque sans douleur. La tumeur de l'hypocondre avait disparu.

Deux jours après, cet homme fut atteint d'urticaire et entra à l'hôpital. On constata que le ventre était volumineux, ballonné, peu douloureux à la pression et qu'il y avait un épanchement péritonéal. Le ventre n'était pas étalé mais soulevé en pointe

et le liquide ne se déplaçait pas quand le malade changeait de position.

Se basant sur les commémoratifs et l'apparition de l'urticaire, Potain supposa un kyste hydatique du foie rompu dans le péritoine.

Une ponction fut pratiquée avec un trocart capillaire et il s'écoula une sérosité jaunâtre, renfermant de l'albumine, mais pas de crochets d'échinocoques. Ce liquide présentait nettement les réactions des matières colorantes de la bile.

Les phénomènes abdominaux disparaissent bientôt, mais la base gauche du thorax conserve une matité complète à convexité supérieure. Ni souffle, ni égophonie, ni murmure vésiculaire à ce niveau. On soupçonne une hydatide pleurale venant peut-être du foie.

En 1878, troubles respiratoires, toux, expectoration muco-sanguinolente, hémoptysies. Plus tard pneumothorax et expectoration de membranes hydatiques.

En 1882, le malade rentre à l'hôpital. Il a eu à l'hypogastre une nouvelle tumeur non douloureuse, déterminant de la gêne pour uriner. Un jour il avait perçu dans le bas ventre une sensation de rupture et en même temps sa tumeur s'était affaissée. Il avait ressenti quelques douleurs. Diarrhée. La dysurie avait disparu. Rupture probable dans l'intestin.

Aujourd'hui, à sa rentrée à l'hôpital, le malade présente deux nouvelles tumeurs dans la région hypogastrique. A l'examen de l'abdomen, on remarque deux saillies du volume d'un poing, l'une à gauche près de la ligne médiane, l'autre dans la fosse iliaque gauche, mobiles, fuyant sous le doigt, très tendues, non douloureuses, pas fluctuantes.

Le foie reste volumineux.

Observation XXVIII

Buon. Kyste hydatique du foie remplissant tout l'abdomen et simulant une ascite. (*Soc. anat.*, avril 1886, p. 266).

Malade d'aspect cachectique, ventre très distendu, cicatrice ombilicale effacée, circulation collatérale très développée. Matité dans toute l'étendue de l'abdomen, sauf tout-à-fait sur les côtés. Sensation de flot très nette dans tous les sens. Urines normales comme quantité et coloration ; pas d'albumine.

Le début des accidents remonte à deux ans environ. Renseignements d'ailleurs peu précis. Le malade ne s'est guère inquiété de l'augmentation graduelle de son ventre, sa santé étant restée bonne jusque dans ces derniers temps ; à peine avait-il perdu un peu l'appétit. Jamais il n'a souffert du ventre.

Le lendemain de son entrée, vomissements verdâtres répétés, qui se continuent les jours suivants et deviennent fécaloïdes. Aggravation de l'état général. La paracentèse pratiquée au lieu d'élection donne issue à huit litres d'un liquide jaune, épais, parsemé de gouttelettes graisseuses, sans odeur spéciale. L'examen du liquide n'a pas été fait.

Amélioration passagère. Collapsus et mort le sixième jour après l'entrée à l'hôpital.

AUTOPSIE. — A l'ouverture de l'abdomen, pas d'écoulement ascitique. Toute la cavité abdominale est remplie par une poche qui, dans le sens vertical, « va du diaphragme à trois travers de doigt au-dessus du pubis ; transversalement, elle occupe toute l'étendue de l'abdomen. En arrière d'elle sont refoulés les intestins, gros et grêle. L'estomac est rejeté en haut. » Parfaitement

close, la poche n'est pas très tendue ; elle renferme un liquide absolument semblable à celui de la ponction, contenant des vésicules hydatiques et une membrane épaisse enroulée sur elle-même. A gauche on trouve un large tractus fibreux se continuant avec le lobe gauche du foie qui est atrophié. « Si on explore à ce niveau par la cavité de la poche, on voit que celle-ci se continue avec une autre cavité anfractueuse close, siégeant sur le lobe gauche du foie. Il y a donc eu là primitivement un kyste du foie qui, peu à peu, s'est pédiculisé et s'est développé au point de remplir presque tout l'abdomen. »

Bride fibreuse amenant un rétrécissement du cæcum qui explique les phénomènes d'étranglement.

Observation XXIX

QUEYRAT, *Revue de Médecine*, 1886, p. 443.

B..., 22 ans, mécanicien. En septembre 1881, trois ans et demi avant d'entrer à l'hôpital, B... est renversé par un malfaiteur ; son hypocondre droit donne sur un tambourin de jeu de paume. « Quand le malade put se relever, il éprouvait à ce niveau une très vive douleur. Le lendemain, la douleur était irradiée à tout l'abdomen ; elle persista ainsi pendant quelques jours, pour disparaître ensuite assez rapidement. Trois jours après l'accident apparurent simultanément un léger ictère et une poussée d'urticaire, qui disparurent au bout de dix jours et furent imputés à la frayeur qu'avait éprouvée le malade. »

Six à sept mois après, B... s'aperçut que son ventre augmentait de volume, lentement, progressivement. Aucune réaction douloureuse. Le ventre arrive à acquérir des dimensions con-

sidérables. Le malade incommodé entre à l'hôpital Tenon, le 22 avril 1885, pour se faire opérer.

ÉTAT ACTUEL. — Pâleur, facies légèrement terreux ; amaigrissement, yeux excavés. Abdomen extrêmement développé, globuleux, plus proéminent vers la ligne médiane que sur les parties latérales ; cette conformation n'est aucunement modifiée par le décubitus latéral, soit gauche soit droit. Pas de circulation complémentaire, pas de déplissement de l'ombilic. Matité absolue de haut en bas ; on trouve à peine une petite zone de sonorité en arrière au niveau de chaque flanc. Sensation de flot extrêmement nette. Indolence absolue. La limite supérieure de la matité hépatique est à la quatrième côte droite ; sa limite inférieure se confond avec la matité abdominale.

Appétit conservé, pas de vomissements. Selles normales. Urines normales. La température ne dépasse pas 37°2.

Diagnostic. — Péritonite tuberculeuse à forme ascitique. Paracentèse, le 23 avril, sur le milieu de la ligne ilio-ombilicale gauche. « Grande est notre surprise en voyant la ponction donner issue à un liquide jaune-safran ; il s'en écoule 12 litres ». L'abdomen évacué, on perçoit au creux épigastrique, une voussure dure, arrondie, indolore, dépassant trois travers de doigt le rebord costal, et suivant les mouvements du diaphragme.

Examen microscopique du liquide. — Cristaux d'hématidine et masses de pigments biliaires ; gouttelettes graisseuses. Pas de crochets d'échinocoque.

Examen chimique. — Liquide neutre, d'odeur fade, peu appréciable. Densité : 1.104. Albumine : 185 grammes par litre ; graisses : 51 grammes ; urée : 3 gr. 7 ; chlorures minéraux 2 gr. 6, matières de la bile (ac. taurocholique, bilirubine et cholestérine) 3 gr. 2.

Les suites de la ponction furent très simples : pas de douleur pas d'urticaire, pas d'ascite. La température rectale, montée le soir à 38°8, retombe le lendemain à 37°6 et le surlendemain à 37°. Le malade peut se lever le troisième jour.

L'abdomen augmente bientôt de nouveau, sans le moindre phénomène réactionnel. Au bout, d'un mois, dimensions presque aussi considérables, que le jour de la première ponction. Forme hystoïde.

Le 25 mai. — Seconde ponction au même point que la première. Dix litres d'un liquide analogue au précédent, mais d'un vert plus foncé.

Analyse chimique. — Albumine 158 gr. 8 par litre ; graisses 6 gr. 8 ; urée 4 gr. 8 ; chlorures minéraux 23 gr. 5 ; matières de la bile 7 gr. 5. Un calcul établit qu'il y avait 50 grammes de bile par litre.

Suites très simples comme après la première ponction. La tuméfaction abdominale se reproduit, mais plus lentement que la première fois.

Le 23 juillet. — Troisième ponction. Huit litres de liquide, d'un vert encore plus foncé.

Le 3 novembre. — Le malade vient de passer deux mois à la campagne. État général meilleur. Son ventre a un peu grossi pendant environ un mois, est resté stationnaire une quinzaine de jours, puis a graduellement diminué. Actuellement il est de dimensions normales. Cependant par un palper attentif on peut constater dans l'hypocondre droit la présence d'une tumeur régulière, arrondie, descendant à deux travers de doigt au-dessous de l'ombilic. Cette tumeur est mate, indolente, et semble fluctuante.

Aux yeux de Queyrat, « il s'agit là d'un énorme kyste hydatique du foie communiquant avec les voies biliaires. »

OBSERVATION XXX

BOTTÉUX. *Revue de Médecine*, 1886, p. 878.

Femme de 20 ans, ménagère, entrée à Lariboisière, le 26 mars 1882.

Depuis un an, son ventre a commencé à grossir sans douleur, sans troubles gastriques. La malade affirme que le développement du ventre a commencé à se faire à la région hépatique. Une nuit, elle se réveille en ressentant une vive douleur à ce niveau ; elle porte la main à l'hypocondre droit et voit que la tuméfaction avait disparu et qu'elle « était descendue dans le bas du ventre ». L'abdomen se développe de plus en plus à la suite de cet accident, et reste douloureux pendant trois semaines. Au bout de ce temps, première ponction. Il sortit, au dire de la malade, un liquide clair comme du cognac (fin janvier 1882).

Le ventre a grossi de nouveau. Ascite mobile. Une ponction est faite d'urgence (26 mars) : neuf litres de liquide jaune-brunâtre, couleur de bile. Au microscope, pigments biliaires et leucocytes. Albumine.

Après la ponction, le foie paraît volumineux au niveau du bord droit du sternum.

Ni sucre, ni albumine dans l'urine. Facies anémiques sans coloration spéciale.

3 avril. — L'abdomen a récupéré presque entièrement son volume initial, mais la matité n'est plus identique et le liquide se déplace très peu. La pression n'est pas douloureuse. La pal-

pation ne fait sentir aucune poche kystique. On pense à une péritonite tuberculeuse à forme ascitique.

6 avril. — Ponction : 7 litres du liquide jaune, couleur de bile. Foie débordant et dur.

14 avril. — Nouvelle ponction : 8 litres de liquide présentant toujours les mêmes caractères. Le foie déborde les fausses côtes. On sent une petite masse mobile, comme un petit lobe hépatique accessoire à l'épigastre.

7 mai. — Le liquide ascitique s'est complètement reproduit dans la moitié droite de l'abdomen. Ponction : 6 à 7 litres de liquide épais couleur de bile, jaune-verdâtre. Le foie est énorme : il descend presque à l'ombilic et forme dans l'hypocondre une saillie visible à distance.

22 mai. — Le liquide s'est reproduit en partie. Hypocondre gauche sonore dans presque toute son étendue, quelle que soit la position de la malade. Hypocondre droit mat jusqu'au rebord costal. Météorisme depuis quelque temps, fièvre rémittente. Amaigrissement considérable.

28 mai. — Fièvre persistante. Amaigrissement. Œdème de la paroi. Saillie circonscrite, à 4 ou 5 centimètres au-dessus de l'ombilic, fluctuante, réductible et faisant entendre un gargouillement. La peau rougit.

30 mai. — La poche se rompt donnant issue à un jet de liquide séro-purulent, horriblement fétide. A travers l'orifice s'engage un lambeau de membrane hydatique.

Lavages de la poche qui paraît bien en relation avec le foie. Écoulement d'un liquide purulent d'odeur toujours infecte, jaune comme le liquide des ponctions. Paquets de membranes hydatiques.

Mort le 3 juin.

AUTOPSIE. — Le kyste qui s'est ouvert à l'extérieur occupe presque toute la cavité péritonéale, dans laquelle il n'y a pas trace de liquide. Les intestins sont refoulés en arrière de la poche et à gauche. Quant à celle-ci, elle est adhérente à la paroi abdominale antérieure dans toute son étendue. Au-dessus de cette poche et accolé à elle, sans communication actuelle, se trouve un kyste. Ce kyste est adhérent à la face inférieure du foie ; il contient 2 ou 3 litres de liquide trouble, purulent, mêlé de bile. Il reste dans ce second kyste quelques membranes hydatiques incrustées de pigments biliaires.

Observation XXXI

MORRIS, *Lancet*, 9 et 16 mars 1889.

Femme reçue à l'hôpital le 27 mai 1885, se plaignant d'une douleur dans l'hypocondre gauche. Abdomen énormément et uniformément distendu ; matité depuis le pubis jusqu'à la région épigastrique, sur la partie médiane, et non modifiée par les changements de position de la malade ; sensation de flot.

Diagnostic. — Kyste de l'ovaire.

26 juin. — Laparotomie. Poche énorme, remplissant tout l'abdomen depuis le diaphragme jusqu'au pelvis. Adhérences fortes et généralisées à la paroi abdominale et aux organes environnants. Son extrémité supérieure sortait du lobe droit du foie.

La paroi de ce kyste énorme était très mince. On en retira 184 onces (5.898 grammes) de liquide puriforme, mêlé d'une substance gélatineuse. Drainage. Péritonite. Mort. Pas d'autopsie.

Observation XXXII

LAVERAN. — Au sujet de kystes hydatiques du foie ouverts dans le péritoine et communiquant avec les voies biliaires (*Soc. de Méd. des Hôp.*, Séance du 16 décembre 1892, p. 863).

Homme de 37 ans, jardinier, entré à l'hôpital de Biskra le 15 janvier 1879. Le malade, qui habite l'Algérie, depuis 1853, éprouve, depuis deux ans, des douleurs dans la région du foie. Au mois d'avril 1878, première entrée à l'hôpital de Biskra pour douleurs dans la jambe gauche et ascite. A sa sortie de l'hôpital, le malade peut reprendre ses occupations, mais le ventre reste douloureux.

15 janvier 1879. — Homme vigoureux quoique amaigri. Pas de fièvre. Le malade accuse une douleur assez vive dans la région du foie. L'abdomen est proéminent surtout à la région épigastrique. On sent et on délimite assez bien par la palpation une tumeur volumineuse à surface lisse, assez dure, qui occupe toute la région sus-ombilicale. Pas d'ascite, pas d'ictère.

10 février. — Le ballonnement du ventre augmente. Sensation de flot comme dans l'ascite. On ne sent plus la tumeur épigastrique. Matité déclive. Hoquet presque continu qui fatigue beaucoup le malade.

15 février. — L'ascite a encore augmenté.

22 février. — La respiration est gênée. On pratique la paracentèse abdominale au lieu d'élection, avec un trocart de moyen calibre. Il s'écoule un liquide vert foncé. A un moment donné, en enfonçant un peu plus la canule, le liquide change de caractère ; il s'écoule une sérosité à peine teintée par la bile. En retirant la canule, nouveau changement, le liquide vert

foncé reparait. On retire ainsi 3 lit. 600 d'un liquide fortement albumineux (chaleur et acide azotique), et coloré par la bile (réaction avec l'acide azotique). Ni échinocoques, ni crochets.

A la suite de cette ponction, le malade va un peu mieux ; mais le ventre reste volumineux et bientôt la sensation de flot reparait.

Mort le 24 mai, avec les symptômes de l'œdème laryngé.

Autopsie. — A l'incision de la paroi abdominale, il s'écoule un flot de liquide coloré en jaune, avec des débris membraneux, également colorés en jaune.

« Je crois que ce liquide provient de la cavité péritonéale, mais je reconnais bientôt qu'il s'agit d'un énorme kyste à paroi fibreuse, qui occupe la plus grande partie de la cavité abdominale et qui adhère à la paroi antérieure de l'abdomen et à la face supérieure du foie. A son extrémité supérieure, ce kyste communique avec un kyste intrahépatique ». Grande poche hydatique dans ce « kyste abdominal ». La paroi externe de cette poche est fortement colorée par la bile ; sa surface interne l'est beaucoup moins. Le liquide qu'elle contient est également beaucoup moins coloré que celui qui est à l'extérieur. Pas de poches hydatiques secondaires.

Le reste du péritoine est sain et ne renferme pas trace de liquide.

Dans le foie, quatre poches hydatiques. Deux à contenu limpide. Une en involution. La dernière, communiquant avec le « kyste abdominal », a sa paroi teintée en jaune comme celle du kyste.

L'examen histologique du liquide montre des amas de matières colorantes biliaires, des hématies, des leucocytes, enfin quelques crochets d'échinocoques très rares.

Observation XXXIII

VERCO. *Austral. Med. Gaz.* 15 sept. 1893, p. 295.

Homme de 24 ans, fermier. Kyste hydatique du foie rompu accidentellement dans le péritoine. Pas de vomissements; diarrhée, pas de mélena. Perte de l'appétit; douleur stomacale après les repas. Amaigrissement. Apparition d'ascite. Teint pâle, mais sans ictère. Température normale.

23 février. — Ponction qui ramène 9 pintes $\frac{1}{4}$ (3 litres) de liquide jaune-verdâtre, devenant vert à l'air : alcalin. D. 1022; énorme quantité d'albumine.

Le malade sort de l'hôpital et rentre le 11 mars.

Le 24 mars, nouvelle ponction : 16 pintes (5 litres $\frac{1}{3}$) de liquide présentant les mêmes caractères que le premier. Au microscope on trouve un seul crochet d'échinocoque. Opération le 28 mars. Guérison.

Observation XXXIV

HARTWIG, *Medical Record*, 28 juillet, II, p. 107.

Homme présentant tous les signes d'une ascite mobile et une tuméfaction considérable de l'épigastre. Une ponction ramène plus de 5 quarts (près de 6 litres) d'un liquide extrêmement vert, plus visqueux que le liquide ascitique ordinaire, et renfermant un grand nombre de débris bruns et de flocons.

L'examen microscopique y montrait des cristaux brun-foncé rhomboïdaux et des œufs d'*ascaris* ou de *tænia* (?) Le liquide était riche en bile.

L'ictère n'avait pas existé avant la ponction et n'apparut pas après.

Bientôt le malade recommença à se sentir mal à son aise. Cinq semaines après la ponction, ascite de nouveau évidente, mais ne descendant pas jusqu'à l'hypogastre qui restait sonore quand le malade était debout.

La ponction faite au-dessus de l'ombilic amena 2 quarts $1/2$ de liquide ayant les mêmes caractères que le premier, sauf les œufs.

Drainage permanent au moyen d'une soude de Nélaton introduite par l'orifice de la canule.

Observation XXXV

ROBINSON. — Kyste hydatique énorme du foie pénétrant dans la cavité pleurale droite et dans la cavité péritonéale (*Brit. med. J.*, Londres, 1896, p. 1130).

Femme de 34 ans. Il y a cinq ans, le ventre a commencé à grossir ; en trois mois la tumeur est arrivée à son maximum. Ictère et vomissements répétés. Œdème des membres inférieurs. État général bon ; la malade n'a jamais cessé de vaquer à ses occupations.

Il y a quatre ans, on a retiré par ponction 40 litres d'un liquide clair, visqueux, gris-verdâtre. Mais il s'est reformé rapidement.

ÉTAT ACTUEL. — Juillet 1894. — Abdomen très distendu, cicatrice ombilicale effacée. Fluctuation et frémissement. Matité dans tout l'abdomen, sauf dans le flanc gauche.

Ponction, le 28 juillet, entre l'ombilic et le pubis : 2 litres de

liquide épais brun-jaunâtre. Ce liquide contenait de la bile; au microscope on y a trouvé des crochets d'échinocoques.

Le 15 août. — Laparotomie : 20 litres de liquide. Le kyste occupait les trois quarts de la cavité abdominale. Tout l'intestin était refoulé dans le flanc gauche et les viscères pelviens en bas. Le diaphragme était soulevé et présentait au milieu de sa moitié droite un orifice circulaire « qui laissait facilement passer la main dans la plèvre droite ».

Le poumon était refoulé à gauche et comprimé contre la colonne vertébrale. Les doigts de la main introduits arrivaient derrière la clavicule. Évacuation de nombreuses membranes molles teintées de bile.

Lavage avec solution boriquée. Drains dans la cavité pleurale à travers l'orifice diaphragmatique et dans le Douglas. Guérison.

Observation XXXVI

PERICIC et LALIC. *Wiener med. Presse*, 1897, n° 30, p. 948.

Paysan de 28 ans, entré le 24 novembre 1896.

Le ventre a commencé à augmenter il y a deux ans.

Jamais de douleurs, de vomissements, ni de diarrhée. Symptômes d'ascite. Tumeur dans l'hypocondre droit et petite tumeur dans l'hypocondre gauche.

Paracentèse : 13 litres de liquide jaune foncé, épais.

Examen microscopique : gouttelettes de graisse, cristaux de cholestérine et énorme quantité de globules de pus.

Laparotomie. On tombe dans une cavité enkystée colossale.

Kyste du foie ; ouverture et contre-incision abdominale. Mort le quatrième jour.

AUTOPSIE. — Dans la grande cavité, on trouve 1 litre de liquide jaune foncé mêlé de petites membranes d'échinocoque. Kyste de l'épiploon.

Observation XXXVII

PERICIC et LALIC. *Wiener med. Presse*, 1897, n° 30.

Paysan de 40 ans. Présente de l'ascite depuis dix ans et presque tous les ans vient se faire ponctionner à l'hôpital. Son état général n'a jamais été particulièrement mauvais. Hypertrophie chronique de la rate.

8 litres de liquide épais, jaunâtre, dans lequel on trouve des membranes d'échinocoque.

Observation XXXVIII

TUSINI. *Clinica chir.* 1900, n° 9, p. 780.

Femme de 51 ans. Énorme ascite. Laparotomie. Après écoulement du liquide trouble, riche en flocons, se présente une foule de kystes, les uns vivants, les autres morts. Le liquide était enfermé dans un sac limité par le foie, l'estomac et l'épiploon (ratatiné et adhérent à l'intestin), le péritoine pariétal et les organes génitaux. Ce sac est formé d'un tissu lardacé avec beaucoup de petits nodules gris-jaunâtre, comme de nature caséuse.

On n'a pu constater aucune altération du foie; hypertrophie modérée de la rate, de nature malarienne.

Examen du liquide. — Coloration jaunâtres très trouble, flocons fibrineux qui le font ressembler au liquide des péritonites tuberculeuses avec abondant dépôt fibro-caséux.

Examen histologique des granulations. — Ni au centre ni à la périphérie on n'a trouvé de cellules géantes.

Observation XXXIX

LANGENBUCH, *Deutsch. med. Woch.*, 19 avril 1900, n° 15, p. 93

Ouvrier de 58 ans, qui, le 28 août 1898, avait fait une chute. Depuis, douleurs continuelles dans le dos et dans l'estomac. Dès le mois de septembre une tumeur apparut dans l'hypochondre droit. En février 1899 une ponction ramena du pus.

L'examen montre dans l'hypochondre droit une tumeur s'étendant jusqu'à l'ombilic. Étant donné le trauma, on était près de penser à un abcès du foie, mais les signes cliniques caractéristiques manquaient. État général bon, pas de fièvre, ni de frisson, pas d'ictère.

Laparotomie. — Poche hydatique occupant la place de la vésicule biliaire, et ayant contracté de très fortes adhérences avec la paroi abdominale. A l'incision, grande quantité de vésicules acéphalocystes. Guérison.

Observation XL

JONNESCO, *Soc. de Chir. de Bucarest*, 17 octobre 1901.

Femme de 28 ans. Tumeur abdominale kystique occupant toute la moitié sous-ombilicale de l'abdomen et s'étendant en haut

à droite jusque sous les côtes. « A cause de sa topographie, le kyste paraissait pelvien et ovarien. »

Laparotomie sous-ombilicale. Ouverture d'un kyste énorme, adhérent au péritoine, contenant des vésicules hydatiques et un liquide bilieux. « Ayant vidé le kyste, j'ai vu que son point de départ était la face inférieure du foie, profondément vers le bord postérieur ».

Nettoyage de la cavité. Fermeture sans drainage ni capitonnage. Réunion per primam. Résultat parfait; sonorité abdominale normale partout.

Observation XLI

CAFFARENA *Gazz. degli ospedali e delle cliniche*
30 mars 1902, p. 319.

Kyste hydatique du foie. Une ponction exploratrice ramène un liquide clair comme de l'eau de roche. Éruption d'urticaire.

Une seconde ponction exploratrice faite trois jours plus tard ramène un liquide verdâtre bilieux.

Les jours suivants apparaissent les signes d'un épanchement libre dans l'abdomen et la paracentèse donne un liquide semblable à celui qui a été extrait du kyste.

L'auteur pense qu'un vaisseau biliaire compris dans la paroi du kyste se sera rompu; qu'à la suite, la ponction exploratrice, à cause de l'énorme tension qu'elle supportait, ne s'est pas cicatrisée et a versé le contenu du kyste dans la cavité péritonéale, allumant un léger processus péritonitique démontré par la courbe thermique et l'examen microscopique du liquide abdominal.

Intervention chirurgicale. — Gros kyste du lobe droit du foie

arrivant à la voûte du diaphragme. Péritonite avec adhérences de quelques anses intestinales. Guérison complète.

Observation XLII

LALLICH. *Wiener med. Presse* n° 38, 20 sept. 1903, p. 1778.

Homme de 48 ans, entré le 21 août 1898 avec une ascite colossale.

Ponction le 5 septembre; 10 litres de liquide, épais, semblable à du café, avec quelques membranes échinococciques.

Diagnostic : Echinococcose du péritoine.

Le malade ne voulant pas d'une intervention radicale quitte l'hôpital amélioré, le 11 septembre.

Observation XLIII

GUIBAL. *Société anatomique*, 10 mars 1905, p. 190.

Enfant de 13 ans, amené pour ascite développée surtout depuis un mois; depuis six mois déjà, le ventre avait commencé à grossir.

Amaigrissement considérable, figure tirée, pâlie. Ventre énorme, circulation veineuse sous-cutanée très apparente. Sensation de flot très nette; ascite mobile. Organes thoraciques normaux. Les urines ne renferment ni pigments, ni sels biliaires, ni urobiline, ni albumine. Selles régulières. Pas de vomissements, appétit assez bien conservé. Pas de fièvre. La douleur du ventre est la seule chose dont le malade se plaint.

Laparotomie. — Petite boutonnière à la séreuse péritonéale.

Le liquide ascitique s'échappe en jet, fortement coloré, jaunâtre; il contient une vésicule hydatique. L'ascite épuisée en totalité (7 ou 8 litres), l'incision est agrandie. On constate l'existence d'une volumineuse poche hydatique libre, à nu dans la cavité abdominale, modérément tendue par le liquide qu'elle contient, et ne présentant dans sa paroi ni éraillure, ni perforation. Elle occupait le flanc et l'hypocondre gauches, depuis le côlon transverse jusqu'au détroit supérieur. La poche hydatique enlevée, un effort de vomissement fait jaillir un flot de bile très verte et très épaisse qui inonde le champ opératoire. Elle provenait d'une poche enkystée entre la face inférieure du lobe droit du foie en haut, le péritoine prérénal en arrière, et l'épiploon en avant. En bas, cette poche était limitée par une mince lamelle d'adhérences qui s'était rompue sous l'effort des vomissements. Elle ne contenait pas d'hydatides.

La poche hydatique contenait 1.400 grammes de liquide albumineux, coloré par la bile, et une dizaine de vésicules et de nombreux scolex.

Guérison opératoire.

Observation XLIV

DÉVÉ. *Société de Méd. de Rouen*, séance du 13 mars 1905.

« Le 19 décembre dernier entra à l'Hôtel-Dieu, salle 2, lit 3, une femme de 50 ans, couturière, présentant un abondant épanchement ascitique que son médecin lui avait conseillé de se faire ponctionner,

Cette femme était dans un état cachectique avancé. Avec sa figure osseuse et ridée, ses jambes à la fois décharnées, et cédé-

matiées, son teint légèrement subictérique et son abdomen tendu, volumineux, parcouru de veines sous-cutanées, elle évoquait immédiatement l'idée de quelque néoplasme abdominal avec noyaux hépatiques secondaires et retentissement ou invasion du péritoine.

Sa maladie ne remontait guère, d'après elle, qu'au mois de juillet 1904. Je passe sur ses antécédents, où on ne trouve rien d'important à signaler. Je note seulement ce renseignement qu'elle a toujours eu « le ventre fort, au niveau de la taille principalement ». On ne retrouve dans son passé ni douleur de ventre, ni urticaire, ni jaunisse ; tout au plus quelques troubles dyspeptiques, une ou deux « indigestions ».

Il y a un an, elle fut renversée par une bicyclette ; elle se fit dans sa chute une fracture du radius.

C'est à dater de cet accident qu'elle aurait commencé à souffrir de douleurs vagues dans l'abdomen. Au mois de juillet dernier, après une journée de lavage sous la pluie, elle rentra chez elle mal à son aise et se coucha sans dîner ; à peine au lit, elle fut prise d'un violent frisson, suivi de vomissements ; elle transpira abondamment durant le reste de la nuit. Le lendemain, elle avait essayé de se lever, mais avait dû se recoucher avec de nouveaux frissons. Elle souffrit à plusieurs reprises, les jours suivants, de « douleurs d'estomac », et elle présenta pour la première fois de l'ictère. Son médecin la mit au régime lacté. Cet état de malaise dura une quinzaine de jours. Après quoi, sa jaunisse disparue, la malade put reprendre son alimentation et recommencer à travailler ; mais ses forces avaient beaucoup diminué, et elle dut bientôt borner son activité aux soins de son ménage.

Dans ces derniers mois, les troubles digestifs s'étaient repro-

duits à diverses reprises, plus ou moins accusés selon les jours; en même temps son état général s'était fortement altéré : elle avait beaucoup maigri, surtout depuis deux mois.

C'est au milieu de cet état que, le 16 décembre, trois jours avant son entrée à l'hôpital, la malade avait décidé de se purger.

Dans le cours de la nuit du 16 au 17, son ventre se mit brusquement à « enfler », en même temps qu'il devenait le siège d'une vive sensibilité; des nausées survenaient, suivies de deux ou trois vomissements.

Dès le lendemain, le ventre était volumineux, et son gonflement s'accroissait encore les jours suivants. Un médecin appelé le surlendemain, constatait l'existence de liquide dans l'abdomen et envoyait la malade à l'hôpital.

Elle fut admise tout d'abord dans un service de chirurgie, où l'on porta le diagnostic de cancer secondaire du foie avec ascite. Comme je vous l'indiquais, en commençant, c'était (si on ne tenait pas compte du développement extrêmement rapide de l'épanchement, renseignement que la malade, peu intelligente, n'avait pas donné tout d'abord), c'était, dis-je, le diagnostic qui s'imposait à l'esprit; la palpation de l'abdomen venait d'ailleurs corroborer l'impression première, en montrant un gros foie, irrégulier, mamelonné, douloureux, accompagné d'un liquide ascitique occupant toute la cavité péritonéale.

La malade était donc transférée dès le lendemain dans le service de Clinique médicale. L'existence de l'ascite, la constatation d'un gros foie maronné débordant de 7 à 8 travers de doigt le rebord des fausses côtes, la perception au niveau de l'épigastre d'une sensation de crépitation amidonnée très nette, tout cet ensemble de signes chez une femme émaciée, cachec-

tique, présentant un teint légèrement jaunâtre, fit porter par M. Olivier, et — je puis le dire — par tous ceux qui examinèrent la malade, le même diagnostic de « cancer nodulaire du foie », accompagné de péritonite cancéreuse, ou peut-être et plutôt (étant donné le développement rapide de l'ascite) compliqué de pyléphlébite. Les autres organes ne présentaient rien de bien particulier : poumon et cœur normaux ; pas de ganglions sus-claviculaires, axillaires, ni inguinaux ; urines courtes, foncées, rougeâtres, contenant un peu d'albumine. Il n'y avait pas de fièvre.

Une ponction évacuatrice s'imposait en raison de la gêne que déterminait l'épanchement ascitique, et elle fut pratiquée par M. Olivier, le matin même.

Quellene fut pas la surprise générale lorsque le trocart donna issue non au liquide citrin ou hémorragique qu'on attendait, mais à un liquide *vert foncé*, dont l'écoulement se fit mal, d'ailleurs, malgré sa limpidité, en raison sans doute de quelque fausse membrane ou de quelque anse intestinale venant faire clapet.

On retira 800 grammes de ce liquide.

La couleur verte en était tellement franche qu'on ne pouvait réellement songer ici à une sériosité hémorragique modifiée : seule la bile pouvait donner cette teinte. La ponction avait été faite au lieu d'élection, au niveau du flanc gauche : ceci éliminait l'hypothèse d'une vésicule biliaire extraordinairement dilatée.

J'étais venu suivre ce matin-là la visite de M. Olivier, et j'arrivai au moment où il achevait cette ponction. A la question qu'il me posa aussitôt, au sujet de ce liquide sigulier, je pus répondre que je connaissais certains faits de ce genre. Et lorsque j'eus appris que cet *épanchement bilieux limpide* s'était déve-

loppé *spontanément et brusquement*, j'émis avant tout examen de la malade, l'opinion qu'on avait probablement affaire à un *kyste hydatique du foie rompu dans le péritoine*. L'exploration de l'abdomen que je pratiquai sommairement et superficiellement (la malade avait été fatiguée par la ponction) me permit de constater que les inégalités du foie présentaient des caractères particuliers : elles avaient un volume anormal, une forme arrondie, elles donnaient enfin une sensation de rénitence, ; il n'existait d'ailleurs pas de frémissement à leur niveau. En raison de ces caractères, je pensai à l'existence de kystes multiples. M. Cerné qui vint examiner la malade le lendemain se rangea, d'ailleurs, à ce diagnostic, en se fondant sur les caractères des tumeurs hépatiques.

Deux recherches complémentaires pouvaient, en la circonstance, apporter de nouveaux éléments de diagnostic : d'une part l'examen microscopique du liquide de ponction, d'autre part l'examen du sang de la malade.

La réaction de Gmelin et l'examen spectroscopique mirent tout d'abord hors de discussion la présence d'une forte proportion de bile dans l'exsudat abdominal (il existait également mais en faible quantité, des pigments biliaires dans l'urine). L'examen cytologique du liquide centrifugé devait confirmer encore cette donnée, en montrant la présence d'un grand nombre de gros macrophages renfermant des cristaux d'un beau jaune d'or caractéristiques. On constatait en outre l'existence de nombreux polynucléaires neutrophiles et de quelques hématies. Par contre cet examen ne révéla ni cellules cancéreuses, ni débris hydatiques (morceaux de cuticule feuilletée, scolex, crochets isolés).

Les renseignements fournis par l'examen hématologique devaient rester pareillement négatifs : 2.700.000 globules rouges,

7.000 globules blancs avec une proportion de 82 0/0 de polynucléaires neutrophiles et absence totale des éosinophiles.

Le léger soulagement amené par la ponction fut absolument éphémère. Dès le lendemain le ventre était aussi tendu. Les jours suivants, on voyait s'accuser nettement le teint subictérique de la malade; parallèlement les matières fécales qui, depuis plusieurs semaines étaient de couleur jaune clair, au dire de la malade, achevaient de se décolorer. Ce signe nous fit penser à une obstruction du cholédoque par des débris hydatiques engagés dans les voies biliaires; mais à aucun moment on ne constata de membranes dans les selles. La cachexie fit dès lors des progrès rapides. Une diarrhée décolorée et fétide s'installa; l'œdème mou et subictérique gagna les cuisses, puis envahit l'abdomen; en même temps apparaissait une escharre sacrée.

La malade s'éteignit dans le coma le 7 janvier, sans avoir présenté de fièvre.

AUTOPSIE. — A l'ouverture de l'abdomen, il s'écoule de 6 à 8 litres d'un liquide vert trouble, couleur purée de pois, tenant en suspension de nombreux grumeaux fibreux jaune-verdâtre. L'épanchement bilieux occupe toute la cavité abdomino-pelvienne, sauf la région de l'hypocondre gauche qui s'est trouvée protégée par l'adhérence de l'épiploon à la paroi abdominale, depuis le ligament falciforme jusqu'à l'angle gauche du côlon.

Le liquide évacué, on constate que le reste de la masse viscérale est, de même que le péritoine pariétal, recouvert d'une fausse membrane fibrineuse fortement pigmentée de bile, ayant 7 à 8 millimètres d'épaisseur, qui solidarise tous les organes. Les fosses iliaques et le petit bassin sont de plus occupés par une gelée fibrineuse aréolaire, contenant dans ses mailles un liquide bilieux limpide, couleur de chartreuse.

Quatre ou cinq volumineuses tumeurs hémisphériques font saillie dans la région hépatique, on constate qu'elles sont demi-fluctuantes. Leur pression ne fait sourdre nulle part de liquide bilieux; au surplus il est impossible de retrouver l'orifice de rupture des voies biliaires.

Avec une sonde cannelée, on pratique prudemment une véritable dissection des viscères. Or, en séparant la masse intestinale de la masse hépatique, on découvre, à gauche du ligament suspenseur, recouvert par la néomembrane et de plus obturé par l'épiploon, un orifice dont les parois sont colorées en vert foncé par la bile. Cet orifice, qui admet le petit doigt, conduit par une sorte de tunnel détourné, creusé au milieu d'adhérences épiploïques, dans une poche hépatique du volume d'une orange. Cette poche est un kyste hydatique bourré de vésicules filles et envahi par la bile : la pression de ce kyste fait sourdre de la profondeur, par l'orifice de rupture, un liquide bilieux trouble, d'aspect purulent.

Cette constatation faite, on pratique l'éviscération totale.

Rien d'intéressant à signaler dans la plupart des viscères. Poumons, cœur et tractus digestif normaux. Rate un peu grosse. L'épiploon, ratatiné et épaissi, ne renferme pas de kystes, ni de granulations; le liquide péritonéal ne contient d'ailleurs pas d'éléments hydatiques. Pas de kystes dans le cul-de-sac de Douglas. Utérus et annexes normaux. Surrénales normales. Le rein gauche est sain; par contre le rein droit présente, appendu en quelque sorte à son pôle inférieur, un kyste hydatique du volume d'une tête de fœtus.

Le foie, enlevé intact, a été fixé, avant toute section, dans le formol; de plus des injections de formol ont été pratiquées dans les poches. Il a pu être ainsi étudié à loisir au laboratoire

d'anatomie pathologique. Il renferme, comme vous pouvez vous en rendre compte, *vingt et une poches* distinctes. L'une d'elles très petite (noisette) était en voie d'involution spontanée. Les autres étaient presque toutes envahies par la bile et se trouvaient bourrées d'hydatides, hydatides dont la plupart étaient affaissées, mais dont un certain nombre persistaient tendues avec un liquide limpide et des scolex inaltérés, vivantes en un mot, malgré la coloration vert foncé de leurs feuilletscuticulaires superficiels. Je vous présente ici une dizaine de ces hydatides vivantes, que j'ai trouvées baignant dans la bile. Je vous montre en même temps, plusieurs spécimens des concrétions biliaires que l'on rencontrait au milieu des hydatides, dans les poches envahies par la bile, et qui constituent ce que j'ai antérieurement signalé sous le nom de « lithiase biliaire intrakystique. »

Les poches kystiques, superposées les unes aux autres, communiquaient entre elles par des orifices plus ou moins étroits, sortes de diaphragmes, à travers lesquels s'engageaient des hydatides. Certaines de ces vésicules, vivantes et tendues, s'étaient déformées et poussaient d'une poche dans l'autre, un prolongement plus ou moins renflé en massue : je vous en présente un bel exemple. Les gros canaux biliaires qui aboutissaient au hile s'ouvraient à plein canal, « en entonnoir », dans ces poches.

Le canal cholédoque était distendu et complètement obstrué par un amas d'hydatides; il présentait un aspect piriforme à sommet duodénal. L'orifice de Vater se montrait un peu dilaté et admettait un crayon : les membranes étaient arrêtées à un centimètre environ de l'extrémité du cholédoque. En amont de l'obstacle qui s'étendait jusqu'à l'abouchement du canal cysti-

que, les voies biliaires avaient subi une dilatation généralisée. Les canaux périphériques formaient, en différents points de la surface du foie, des cordons noueux, variqueux et saillants atteignant le volume du petit doigt; leur paroi était extrêmement mince, cependant, aucun d'eux n'était rompu. Quant à la vésicule biliaire, elle s'était trouvée refoulée à la face antérieure du foie, par plusieurs poches voisines qui avaient, en outre, écrasé le canal cystique; aussi la vésicule n'était-elle pas dilatée et ne renfermait-elle aucun débris hydatique: elle ne contenait qu'un peu de bile décolorée.

L'étude attentive de la pièce anatomique et les examens histologiques que j'ai pratiqués de ses différentes parties, me permettent de conclure que la plupart des poches étaient formées aux dépens de conduits biliaires extraordinairement dilatés, constituant de véritables anévrismes biliaires ».

Observation XLV

CARNOT. Des abcès sous-phréniques, *Semaine médicale*, 21 février 1906, et *Thèse* TREMBLIN. De l'ouverture spontanée des kystes hydatiques du foie dans le péritoine. Paris 1906, obs. I.

Femme atteinte d'une tumeur indolore de l'hypocondre droit depuis trois ans. Cette tumeur augmentait peu à peu, sans souffrance, lorsque, vers le 15 juin 1905, un matin, en vaquant à son ménage, la malade sentit brusquement un chatouillement dans le dos. Elle se retourne croyant à une plaisanterie et sent alors sa tumeur se soulever puis retomber dans son ventre. « Flac ! » disait-elle pour traduire l'impression que lui avait causé cet accident. En même temps, sa tumeur diminue et son

ventre augmente. A ce moment, cette femme eut des vertiges, des sueurs, des vomissements qui durèrent une heure ou deux puis disparurent. Trois heures après le début de ces accidents apparaissait une éruption violente, généralisée, d'urticaire. On diagnostiqua rupture d'un kyste hydatique du foie dans le péritoine. Le ventre continue à augmenter et le 8 juillet la malade est examinée à la consultation de l'hôpital Broussais.

Cette femme présente alors un aspect cachectique. Elle est considérablement amaigrie, présente une pigmentation très marquée, surtout à la face et au niveau du mamelon et de la ceinture. Les conjonctives sont légèrement jaunes. La malade, jaune avant les accidents aigus, le devint davantage après. Actuellement la teinte disparaît. Varicosités sur les membres inférieurs : pas d'œdèmes.

Abdomen volumineux, tendu, douloureux à la palpation. Légère circulation collatérale. On ne perçoit ni le foie ni la rate. Matité et fluctuation dans la partie inférieure et dans les flancs.

Appétit très diminué, dégoût des matières grasses. Plus de vomissements, pas de diarrhée ; selles décolorées (la malade ne prend que du lait). Pouls petit et très mou.

10 juillet. — Ponction qui ramène 2 l. 1/2 de liquide bilieux, de coloration verdâtre, présentant la réaction de Gmelin ; grande quantité de fibrine et d'albumine. L'examen cholimétrique donna 1/2500 de bilirubine.

Au microscope, on constata des leucocytes éosinophiles et quelques hématies. Après fixation à l'alcool-éther, leucocytose abondante (polynucléaires, mononucléaires et très nombreux éosinophiles). L'éosinophilie très intense fut évaluée à 50 0/0 environ du culot leucocytaire ; elle était ainsi la signature de la nature hydatique, car il n'y avait pas de crochets (Lereboullet).

Seconde ponction quinze jours plus tard : liquide clair et stérile. La malade se cachectise de plus en plus.

Laparotomie. — On ouvrit une vaste poche latérale droite, immédiatement sous-jacente à la peau, d'où s'écoula une grande quantité de liquide trouble, verdâtre, et des débris d'hydatides.

Mort quelques jours plus tard, deux mois et demi après la rupture du kyste.

AUTOPSIE. — A droite, énorme cavité kystique s'étendant en haut jusqu'au diaphragme, en bas dans le petit bassin, en avant à la peau, en arrière au bassin avec la masse intestinale et le foie. A gauche, les organes avaient été refoulés et des adhérences unissaient l'intestin avec le foie, l'estomac et la vessie.

En haut, la poche s'étendait entre le diaphragme et le foie, à droite du ligament suspenseur. Le foie était dégénéré et rétracté. A sa face supérieure, on constatait un assez large orifice conduisant dans une vaste poche à parois scléreuses qui contenait trois kystes hydatiques : un premier flétri, infiltré de pigments biliaires et cause de la rupture ; un second à parois encore fraîches, un troisième intact.

Observation XLVI

BATAILLE-DÉVÉ, *inédite* (1)

Augustine L., 24 ans, tisseuse, entre à l'Hôtel-Dieu de Rouen, le 5 novembre 1904.

ANTÉCÉDENTS HÉRÉDITAIRES. — Son père est mort du diabète à 49 ans. Sa mère a de l'albumine.

1. Nous adressons ici nos remerciements à nos maîtres, M. BATAILLE dans le service duquel la malade a été observée et opérée, et M. DÉVÉ qui a recueilli lui-même cette observation.

Elle a trois frères et trois sœurs : tous sont bien portants.

ANTÉCÉDENTS PERSONNELS. — Augustine L..., était sujette à la diarrhée dans son jeune âge ; sa mère déclare qu'enfant, elle avait toujours eu le ventre « dur ». Elle fut réglée à 16 ans 1/2. A 17 ans, elle fit une fièvre typhoïde, pendant laquelle elle aurait eu « dans la matrice » un « dépôt » qui suppura abondamment.

A 19 ans, elle éprouva pendant cinq à six semaines une douleur dans le côté droit, au point qu'elle ne pouvait plus travailler et que sa respiration était très gênée. Sa mère lui appliqua de son autorité trois vésicatoires. Le point de côté disparut par la suite.

D'ailleurs, depuis sa fièvre typhoïde, elle ne s'était jamais bien portée. Elle avait des « coliques », surtout à droite, et souffrait quand elle se couchait sur ce côté. Son appétit était presque nul : des pituites survenaient parfois dans la journée.

En 1901, elle fut huit jours couchée pour jaunisse franche, avec décoloration des matières. Elle est restée depuis avec une certaine « tendance à jaunir ». Elle toussait, sans cracher. On la soigna pour anémie et on lui conseilla le grand air. Elle abandonna son métier de tisseuse et se plaça à Sotteville chez un boucher (jamais jusque là, elle n'avait été en contact avec des chiens de boucher ou de berger, mais seulement avec un chien de garde, chez ses parents).

Le lendemain de son entrée chez son nouveau patron, le 5 décembre 1902, survint un accident de la plus haute importance.

Il était dix heures du soir ; elle tenait entre ses bras une bouteille d'eau chaude qu'elle allait mettre dans son lit, quand, arrivée dans sa chambre, elle fait un faux pas et tombe, *le ven-*

tre sur sa bouteille. Elle perd connaissance pendant un temps qu'elle ne peut préciser. Ayant repris ses sens, elle se couche ; mais, à peine au lit, elle est obligée de se relever parce qu'elle « perd respiration ». Elle descend dans la chambre de ses patrons, mais elle n'a pas le temps d'attendre qu'ils lui ouvrent la porte ; elle doit s'asseoir par terre tant elle souffre dans les reins, dans le ventre et surtout à l'épigastre, « là où la bouteille avait frappé » ; elle est incapable de parler.

On la recouche vers 11 heures et jusqu'à 3 heures du matin la douleur du ventre lui arrache des cris continuels. L'oppression l'oblige à rester assise dans son lit.

Elle ne se rappelle pas avoir eu de démangeaisons à ce moment, ni le lendemain. Cependant, le lendemain, il lui serait sorti sur toute la figure des « boutons » que le médecin aurait attribués à l'émotion et à la fièvre. A noter que la malade, sans avoir jamais eu d'urticaire, a toujours été incommodée par les moulés.

A 3 heures du matin, ses patrons, l'entendant geindre, la descendent dans leur chambre et la réchauffent. Mais elle continue de souffrir et ne peut dormir. Le médecin vient à 6 heures du matin, conclut à une contusion du thorax, et ordonne une potion calmante. Dans la journée, la malade a de la diarrhée. La douleur persiste.

Le 8 décembre, elle n'a pas encore pu se lever. La douleur a plutôt diminué. Mais le 9, vers 5 heures de l'après-midi, son ventre et son estomac se mettent à « enfler » et deviennent énormes. Sa respiration devient extrêmement pénible et elle est obligée de rester assise sur son lit. Le médecin vient le lendemain, prescrit une potion qui calme la dyspnée, parle de pneumonie et de « commencement de péritonite ».

Le ventre est resté, à la suite, volumineux et très sensible pendant plus de deux mois.

Depuis l'accident, la malade a été mal réglée et elle a maigri. Elle a continué de souffrir dans la région épigastrique et le côté droit, et a toussé un peu. On l'a soignée pour « bronchite » et pour « entérite ».

ÉTAT ACTUEL (5 novembre 1904). — Augustine L..., est actuellement très amaigrie. La figure est osseuse, les yeux cernés, les bras et les mains décharnés. On devine le gril costal sur lequel les glandes mammaires font à peine saillie. Les épines iliaques sont saillantes. Des veinules apparaissent sur les parties latérales de l'abdomen et sur le côté droit du thorax.

Les jambes sont moins amaigries, elles présentent des varices très marquées (varicosités cutanées et grosses veines serpentineuses sous-cutanées, surtout à la face externe de la jambe gauche et aux deux pieds). Il n'y a pas d'œdème malléolaire.

Le contour du thorax mesuré de l'appendice xiphoïde à la douzième dorsale, donne 41 cm. 1/2 à gauche et 45 centimètres à droite. En avant, on trouve une zone mate, couvrant la base du thorax et la région supérieure de l'abdomen. Cette matité mesure 30 cm. 5 de hauteur, à droite au niveau de la ligne mamillaire, 27 centimètres sur la ligne médiane, et 33 centimètres un peu en dedans de la ligne mamillaire gauche. En arrière, la limite supérieure de cette matité se trouve au niveau de la huitième dorsale ; la limite inférieure se perd dans la région lombaire.

On remarque dans cette zone de matité deux voussures, l'une dans l'hypocondre droit ; l'autre dans l'hypocondre gauche.

On constate un thrill spécial (analogue à un flot ascitique

serré) au niveau des deux saillies. Le signe de Fiaschi (*sonorous bounding*) est positif.

La rate est impossible à séparer de la matité hépatique.

Le cœur est normal. A l'auscultation des poumons, on n'entend pas la respiration dans les zones mates de la base du thorax ; on ne trouve pas de frottements pleuraux.

La malade éprouve du dégoût pour les aliments, et pour la viande en particulier, mais pas spécialement pour la graisse. Pas de constipation. On ne perçoit aucune autre tumeur dans le reste de l'abdomen, dans les fosses iliaques ni le bassin. La température est normale. Le teint n'est plus jaune actuellement ; il n'y a pas même de subictère. Les urines, claires et abondantes, ne contiennent ni albumine, ni sucre, ni pigments biliaires (analyse du pharmacien de l'hôpital).

L'examen radiographique fait le 12 novembre ne montre rien de net, en dehors de l'opacité de la moitié inférieure du thorax, à droite et à gauche.

L'examen hématologique révèle l'existence d'une très légère éosinophilie sanguine (2,8 0/0).

On diagnostique l'existence d'au moins trois kystes dans le foie, dont un en rapport probable avec la veine cave inférieure. D'autre part, un de ces kystes s'étant manifestement rompu, deux ans auparavant, il y aura lieu, au cours de l'intervention, d'explorer la cavité abdominale et en particulier l'épiploon (possibilité d'échinococcose secondaire).

OPÉRATION le 15 novembre 1904 (Dr Bataille). A l'ouverture du ventre, on constate un peu d'ascite citrine avec légère vascularisation de la capsule du foie (périhépatite). L'épiploon exploré apparaît parsemé de nodules irréguliers du volume d'un grain

de millet à une lentille, de couleur blanc-jaunâtre, chamois (pseudo-tuberculose échinococcique).

Après injection parasiticide préalable, on ouvre un kyste du lobe hépatique droit (1100 grammes de liquide clair avec quelques vésicules filles et du sable hydatique). Un second kyste est incisé au niveau du lobe gauche (une ponction préalable pratiquée dans le but de faire l'injection parasiticide n'avait donné issue qu'à quelques gouttes de liquide bilieux pur, trouble, jaune d'or, grumeleux) : à l'incision, issue d'innombrables hydatides du volume d'un œuf de pigeon à une prune, limpides bien que baignant dans la bile. Marsupialisation et drainage séparés des deux poches.

9 décembre 1904. — L'état de la malade se trouve considérablement amélioré depuis l'intervention. Cependant la percussion montre encore à la base du thorax à droite et en avant une matité dont la limite supérieure, convexe, remonte jusqu'au bord supérieur de la troisième côte. Une voussure persiste également sur la ligne axillaire au niveau de la huitième et neuvième côtes. On trouve, en outre, de la matité à la base gauche du thorax, dans l'espace de Traube.

On diagnostique l'existence de deux kystes persistant dans le lobe hépatique droit, et d'un kyste possible à l'extrémité du lobe gauche.

La radioscopie confirme les données cliniques.

DEUXIÈME OPÉRATION le 15 février 1905. — Après résection du rebord costal droit, M. Bataille ouvre deux kystes superposés, logés dans le lobe droit ; le supérieur adhère à la coupole diaphragmatique qu'il a refoulée. L'un contient 1.200 grammes, l'autre 600 grammes de liquide limpide. Marsupialisation et drainage.

Une hémorragie secondaire se produit par la plaie. Elle est arrêtée par un tamponnement à la gaze iodoformée.

L'état général s'améliore rapidement.

Le 8 mai 1905. — La malade est revue : elle a pris de l'embonpoint ; son état général est parfait. Il persiste une fistulette au niveau du rebord costal droit. La matité hépatique est normale à droite ; une matité anormale persiste, par contre, au niveau de l'espace de la Traube et sur la ligne axillaire gauche.

L'examen radioscopique confirme cet examen clinique en montrant la transparence du côté droit et l'opacité de l'hypochondre gauche. Peut-être persiste-il un kyste du lobe gauche du foie ou de la rate ? A moins qu'il s'agisse simplement de l'hypertrophie vicariante du lobe hépatique gauche ?

Cette malade a été revue il y a quelques jours (5 juin 1906). Elle a repris depuis un an son métier de tisseuse. Son état général est resté excellent. Les signes physiques persistent les mêmes à la base du thorax gauche. Le ventre est souple et libre : on ne perçoit aucune tumeur à la palpation de l'hypogastre, des fosses iliaques ni lombaires. Pas de troubles vésicaux ni utérins.

Examen histologique des pseudo-tubercules échinococciques.

— Les divers nodules examinés présentent la même structure. On peut leur distinguer quatre zones concentriques :

1° Une zone périphérique, adventice, constituée sur une de ses faces par le péritoine doublé d'une mince couche conjonctive sous-péritonéale renfermant de nombreux vaisseaux et infiltrée par places de cellules rondes (pas d'éosinophiles). Dans sa portion extrapéritonéale, elle est formée par du tissu cellulaire lâche normal.

2° Une zone conjonctive lamellaire, disposée en stratifications

concentriques et renfermant encore un certain nombre de cellules rondes.

3° Une zone de cellules épithélioïdes, sans cellules géantes. Cette zone apparaît infiltrée, de-ci de-là, par de petits amas poussiéreux de pigment ocre, réfringent.

4° Un noyau central formé par quelques détritüs amorphes et surtout par un amas de pigment biliaire. Sur des coupes montées sans coloration, ce pigment se montre sous forme d'un massif craquelé et réfringent, d'un beau jaune d'or (le pigment qui infiltre la zone épithélioïde a une coloration plus brune).

Au milieu de ce massif de pigment biliaire on constate, par places, de petits lambeaux membraneux, anhistes et feuilletés, de nature indiscutablement cuticulaire hydatique. On ne rencontre pas de crochets.

Observation XLVII

KABLUKOFF. *Arch. f. klin. Chir.*, 1906, LXXIX, 2, p. 576.

Homme de 20 ans, entré à l'hôpital le 12 octobre.

Dix-huit jours auparavant, il avait été renversé sous une voiture chargée de tonneaux. Depuis, son ventre avait augmenté de volume et était devenu douloureux. En même temps, il souffrait d'une vive dyspnée.

ÉTAT ACTUEL. — Sclérotiques fortement ictériques. Les muqueuses et les régions périphériques sont cyanosées. 60 respirations à la minute. Nausées, sans vomissements ; arrêt des matières. Émission des urines difficile.

Pouls fréquent (100). Température normale. Abdomen fortement distendu, douloureux, au point que la palpation est impossible. Matité absolue, sauf dans une petite zone située

entre l'appendice xiphoïde et l'ombilic, où le son est tympanique; déplacement de la sonorité par le décubitus latéral. La limite supérieure du foie remonte à la troisième côte sur la ligne mamillaire; sa limite inférieure se confond avec la matité abdominale.

Réseau veineux sous-cutané. L'urine ne contient pas d'albumine mais une grande quantité de pigments biliaires.

On porte le diagnostic de rupture traumatique du foie avec épanchement de sang et de bile dans la cavité abdominale et péritonite consécutive.

14 octobre. — Laparotomie. A l'ouverture du ventre, jaillit une quantité considérable de liquide coloré par la bile, avec de nombreuses membranes également colorées; pas de mélange de sang. La masse intestinale, de même que le péritoine pariétal et viscéral, sont intensément colorés par la bile.

Le côlon, le grand épiploon et une anse de l'intestin grêle ont avec le foie des adhérences impossibles à rompre, de sorte que le foie n'est abordable ni à l'inspection, ni à la palpation. On ne peut trouver la vésicule biliaire à cause des adhérences. Drainage.

Le soir, pouls à 90, bien rythmé, cyanose moindre, pas de vomissements.

Le 15 octobre. — Température 36°8, pouls 120. Abdomen distendu en masse. Soif, dyspnée, hoquet, vomissements.

Mort le 16, avec tous les signes de la péritonite.

AUTOPSIE. — Dans la cavité abdominale, épanchement considérable coloré par la bile, flocons fibrineux. La masse de l'intestin grêle est soudée par des adhérences fraîches et lâches.

Le côlon transverse, l'épiploon et une anse intestinale grêle sont soudés à la face inférieure du foie.

Une vésicule hydatique de la grosseur d'une noix de coco est libre dans la cavité abdominale.

Le foie est atrophié. A la partie postérieure de la face supérieure du lobe droit, on trouve une cavité qui contenait apparemment la vésicule hydatique libre. Au niveau de cette cavité, rupture du foie de 8 centimètres de longueur.

Sur la partie antérieure de la face supérieure du lobe gauche, se trouve un autre kyste, à liquide clair, renfermant de nombreuses vésicules de différentes tailles. Vésicule biliaire intacte contenant une minime quantité de bile.

Les autres organes sont normaux.

CONCLUSIONS

I. — La rupture des kystes hydatiques du foie dans l'abdomen peut être suivie d'un épanchement de bile aseptique dans la séreuse péritonéale. Cette variété de cholérragie interne a été individualisée par M. Dévé, en 1902, sous le nom de *cholépéritoine hydatique*.

II. — Le cholépéritoine hydatique n'est pas exceptionnel à la suite de la rupture, traumatique ou spontanée, des kystes du foie dans le péritoine. Nous avons pu en rassembler quarante-sept observations. Cet accident reste sans doute latent dans un certain nombre de cas.

III. — L'épanchement bilieux est tantôt libre, étendu à toute la cavité péritonéale, tantôt enkysté, partiel. La masse gastro-intestinale se trouve généralement refoulée, alors, dans la moitié gauche de l'abdomen.

IV. — Cliniquement, l'affection se caractérise par un épanchement ascitique, en apparence banal, apparaissant à la suite d'un syndrome abdominal aigu (parfois atténué), qui traduit la rupture du kyste hépatique dans

le péritoine. Dans la règle, il ne s'accompagne pas d'ictère.

L'épanchement peut se résorber spontanément; mais habituellement, il s'accroît d'une façon progressive, sans phénomènes réactionnels et sans fièvre, et nécessite tôt ou tard une paracentèse. La ponction donne issue à un liquide trouble, jaune-brunâtre ou verdâtre, contenant une forte proportion de bile et, le plus souvent, des débris échinococciques (membranes feuilletées, scolex, crochets) que le microscope met en évidence. Cet épanchement ne tarde généralement pas à se reproduire et le malade marche plus ou moins rapidement vers la cachexie.

Des complications peuvent survenir. La bile déversée dans le péritoine peut s'infecter et déterminer l'apparition d'une péritonite septique. La poche hépatique rompue peut suppurer. D'autre part, les germes hydatiques que la rupture a disséminés dans la séreuse, peuvent se développer malgré la présence de la bile (échinococcose secondaire); parfois cependant ils sont arrêtés dans leur évolution (pseudo-tuberculose échinococcique) (Dévé).

V. — La nature bilieuse de la collection péritonéale pourrait être prévue lorsque, à la suite de la rupture d'un kyste hydatique du foie antérieurement reconnu, on assiste au développement progressif d'un épanchement abdominal apyrétique (Dévé). Mais, en pratique, le diagnostic ne se posera le plus souvent qu'après la ponction qui aura révélé l'existence inattendue d'un cholépéritoine.

L'origine hydatique de cette cholérragie interne sera diagnostiquée en se basant sur l'examen microscopique du liquide (débris hydatiques, éosinophilie), sur l'existence d'une tumeur circonscrite du foie, sur la connaissance d'un syndrome de perforation initial s'étant accompagné ou non d'urticaire. Dans un certain nombre de cas, enfin, la spontanéité de l'affection aura une valeur diagnostique de premier ordre (Dévé). En face d'un cholépéritoine traumatique, on devra se rappeler que la cholérragie abdominale n'est pas nécessairement due à la déchirure des grosses voies biliaires extra-hépatiques, et qu'elle peut être liée à la rupture traumatique d'un kyste hépatique latent.

VI. — La thérapeutique moderne du cholépéritoine hydatique ressortit exclusivement au domaine chirurgical. La ponction toujours aveugle — partant dange-reuse — est aléatoire ; même répétée, elle reste le plus souvent inefficace et illusoire ; elle a de plus l'inconvénient de faire perdre un temps précieux. Le seul traitement rationnel consiste dans la laparotomie qui sera large et précoce.

La laparotomie permettra d'atteindre un quadruple but :

1° L'évacuation du liquide bilieux et le drainage de la cavité péritonéale.

2° L'ablation des éléments hydatiques tombés et greffés dans les plis de la séreuse.

3° L'ouverture et l'évacuation de la poche hépatique, qu'on fera suivre selon les cas de la marsupialisation ou plus rarement de la réduction du sac sans drainage.

4° L'exploration des voies biliaires, qui peuvent être obstruées par des débris hydatiques (drainage biliaire de Kehr).

Après leur guérison opératoire, on surveillera les malades pendant plusieurs années, afin de dépister l'apparition d'une échinococcose secondaire tardive de la cavité abdomino-pelvienne.

VII. — La prophylaxie du cholépéritoine hydatique tient dans cette formule de Dévé : « Tout kyste hydatique diagnostiqué doit être opéré sans retard ».

Vu : le Président de la thèse,

TERRIER

Vu : le Doyen,

DEBOVE

Vu et permis d'imprimer :

Le Vice-Recteur de l'Académie de Paris

L. LIARD

THÈSE

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

